

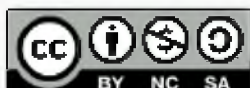
García, Ivana Lorena

Calidad de vida de las personas mayores: una herramienta de gestión orientada a la acción política local

**Tesis para la obtención del título de posgrado de
Magister en Gestión Política**

Directora: Santillán Pizarro, María Marta

Documento disponible para su consulta y descarga en **Biblioteca Digital - Producción Académica**, repositorio institucional de la **Universidad Católica de Córdoba**, gestionado por el **Sistema de Bibliotecas de la UCC**.



Esta obra está bajo licencia 2.5 de Creative Commons Argentina.

Atribución-No comercial-Compartir igual

TRABAJO FINAL

MAESTRÍA EN GESTIÓN POLÍTICA

Calidad de Vida de las Personas Mayores

Una herramienta de gestión
orientada a la acción política local

Autora alumna del Trabajo:
Ivana Lorena García. Neuquén

Directora de Trabajo Final:
María Marta Santillán Pizarro. Córdoba.

Codirectora de Trabajo Final:
Malena Monteverde. La Plata.



Calidad de Vida de las Personas Mayores

Una herramienta de gestión orientada a la acción política local

Este Trabajo Final de Maestría está dedicado a todas personas mayores neuquinas, con quienes trabajo desde hace 10 años, y especialmente a una adulta mayor cordobesa quien es **mi gran inspiración.**



Calidad de Vida de las Personas Mayores.

Una herramienta de gestión orientada a la acción política local

Apoyado por la Dirección Provincial de Políticas para Adultos mayores del Ministerio de Trabajo, Desarrollo Social y Seguridad de la provincia de Neuquén.

“Una vida más larga proporciona a los seres humanos la oportunidad de examinar retrospectivamente sus vidas, corregir algunos errores, acercarse más a la verdad y lograr una comprensión diferente del sentido y el valor de sus acciones. Quizá sea ésta la mayor contribución de las personas de edad a la comunidad humana. Especialmente en esta época, después de cambios sin precedentes que han afectado al género humano durante su vida, la reinterpretación de su pasado por parte de los ancianos debería ayudarnos a todos a conseguir la reorientación de la historia que urgentemente se necesita”.

Plan de Viena 1982

(Naciones Unidas, 1982)

“Los gobiernos deben escuchar las opiniones de las personas mayores y brindarles, a través de sus instituciones, la certeza de que desplegarán el máximo de recursos disponibles para proteger su dignidad y asegurar la igualdad”. (Huenchuan, 2016)

Índice de contenidos

| | |
|---|----|
| 1. RESUMEN EJECUTIVO | 6 |
| 2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO | 8 |
| ANTECEDENTES..... | 8 |
| Envejecimiento poblacional en América Latina, Argentina y Neuquén..... | 8 |
| Personas mayores como sujetos de derechos | 12 |
| Recomendaciones sobre políticas de calidad de vida para personas mayores. | 15 |
| Acuerdos internacionales que impulsan trabajar sobre la calidad de vida de las personas mayores. | 17 |
| Encuestas y estudios sobre calidad de vida de las personas mayores. | 19 |
| JUSTIFICACIÓN | 21 |
| MARCO TEÓRICO | 27 |
| Calidad de vida: historia del concepto. | 27 |
| Indicadores de calidad de vida | 30 |
| Las personas mayores y envejecimiento..... | 30 |
| Conceptos de vejez: edad cronológica, fisiológica y social | 31 |
| Relación entre envejecimiento, calidad de vida y políticas públicas..... | 32 |
| Rol protagonista de los gobiernos locales | 35 |
| Participación social y política de las personas mayores..... | 40 |
| Definición y elaboración de políticas públicas | 44 |
| Planificación estratégica..... | 47 |
| MARCO INSTITUCIONAL | 52 |
| Organización responsable del proyecto: | 52 |
| Instalaciones / recursos..... | 52 |
| Políticas y prioridades | 52 |
| FINALIDAD E IMPACTO..... | 53 |
| Impacto..... | 53 |

Calidad de Vida de las Personas Mayores
Una herramienta de gestión orientada a la acción política local

| | |
|--|----|
| Finalidad..... | 53 |
| OBJETIVOS Y PROPÓSITOS..... | 53 |
| Propósito: | 53 |
| Objetivos: | 53 |
| COMPONENTES O PRODUCTOS | 55 |
| BENEFICIARIOS | 55 |
| Destinatarios directos: | 55 |
| Destinatarios indirectos: | 56 |
| LOCALIZACIÓN..... | 56 |
| 3. MÉTODOS Y TÉCNICAS A UTILIZAR..... | 56 |
| 4. DETERMINACIÓN DE LOS PLAZOS Y LAS ACTIVIDADES | 63 |
| 5. RECURSOS | 70 |
| Humanos..... | 70 |
| Materiales..... | 70 |
| Técnicos..... | 70 |
| Financieros..... | 70 |
| 6. GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN | 70 |
| Organigrama | 71 |
| 7. MONITOREO E INDICADORES DE EVALUACIÓN (tablero de gestión) | 72 |
| 8. FACTORES EXTERNOS CONDICIONANTES..... | 74 |
| 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 75 |
| Agradecimientos: | 83 |
| ANEXO N° 1: Encuestas sobre Calidad de Vida en el mundo..... | 84 |
| ANEXO N° 2: Carta de intención | 87 |
| ANEXO N° 3: Capacitación en Planificación Estratégica para equipos locales | 88 |
| ANEXO N° 4: Principales características del MUNICIPIO..... | 95 |
| ANEXO N° 5: Protocolo de Vancouver modificado. | 96 |

Calidad de Vida de las Personas Mayores

Una herramienta de gestión orientada a la acción política local

ANEXO N° 6: Análisis de las encuestas de Calidad de Vida de Las personas mayores implementadas en Argentina en base a las dimensiones del tema.....105

1. RESUMEN EJECUTIVO

Adultos mayores. Políticas Públicas. Calidad de vida. Gobiernos locales. Enfoque de derechos. Empoderamiento. Participación. Planificación estratégica. Neuquén.

Estos son los protagonistas del presente proyecto de intervención.

Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores es la finalidad de este trabajo.

¿Por qué ellos? Porque la población neuquina, en concordancia con el país, América y el mundo, se encuentra en un proceso de envejecimiento. Se observa una tendencia de aumento absoluto de adultos mayores y en relación al resto de los grupos poblacionales. Además, al igual que en muchas de nuestras comunidades latinoamericanas, presentan características que los hacen más vulnerables: invisibilización, estereotipos negativos de vejez, historias de vida poco saludables, acceso limitado a los servicios de salud, pasividad laboral y pobreza, entre otras.

¿Cuál es la realidad de las políticas públicas destinadas a este grupo poblacional en la provincia de Neuquén? Existen 4 áreas dependientes del gobierno provincial que se ocupan de la temática del envejecimiento, es decir: hay muchos recursos destinados a este fin; pero se observa: desarrollo de estrategias a corto plazo, con escaso monitoreo y evaluación de las acciones implementadas, fragmentación y escasa articulación dentro de cada una de las instituciones y entre las mismas, participación de los adultos mayores como beneficiarios en la mayoría de los programas (no en su diseño ni en su implementación o evaluación), información parcial de la calidad de vida de las personas mayores y poco accesible, focalización de la mayoría de las acciones en los grupos más activos y menos vulnerables, presencia de personas a cargo de las áreas de gobierno con una mirada asistencial y a eso se le suma el bajo prestigio político de los gobiernos locales.

¿Cómo alcanzar una mejor calidad de vida para los adultos mayores neuquinos?

El presente proyecto de intervención tiene como propósito diseñar Políticas Públicas en conjunto con los destinatarios, en base a sus necesidades y respetando sus derechos. Se propone fortalecer la capacidad institucional de los gobiernos locales interesados en abordar la temática del envejecimiento. Los ejes a trabajar serán: sensibilización a funcionarios, compromiso político, armado de equipos locales interdisciplinarios y con participación activa de adultos mayores de la comunidad, consenso sobre el paradigma de abordaje integral del envejecimiento basado en los derechos humanos, capacitación en planificación estratégica que permita realizar el

Calidad de Vida de las Personas Mayores

Una herramienta de gestión orientada a la acción política local

diagnóstico de situación de calidad de vida de los adultos mayores de la comunidad, analizar los problemas detectados, priorizarlos, investigar sus causas y diseñar planes de acción para aportar a su solución. Además, se propone motivar a que cada equipo local conformado que haya diseñado su plan pueda implementarlo y realizar el monitoreo y la evaluación respectiva.

Se espera que esta herramienta pueda ser un insumo de relevancia para que la Dirección Provincial de Políticas para Adultos Mayores de Neuquén impulse a todos los gobiernos locales de la provincia a trabajar por y con los adultos mayores de su comunidad para poder, paulatinamente, ir mejorando su calidad de vida.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

ANTECEDENTES

El envejecimiento poblacional es una realidad a nivel mundial y también en América Latina, incluido nuestro país y nuestra provincia de Neuquén. Este proceso ocurre debido a varios factores, entre ellos la disminución de la fecundidad y de la mortalidad, y trae como consecuencias cambios individuales y poblacionales. Uno de ellos es la feminización de la vejez la cual, en algunos grupos poblacionales, se ve acompañada de déficit de bienestar, con desigualdades y desventajas (acarreadas durante toda la vida de las mujeres y que impactan de manera negativa en esta etapa). En esta transformación de las sociedades es fundamental, al momento de pensar estrategias para mejorar la calidad de vida de los grupos vulnerables, recordar el paradigma de los derechos humanos. Esto implica la necesidad de generar políticas públicas para garantizar la igualdad entre todos los miembros de la sociedad. Las mismas deben hacer hincapié en determinadas líneas: monitorear la equidad, favorecer el envejecimiento saludable, coordinar y optimizar los recursos y garantizar la atención centrada en la persona. Desde hace varias décadas existen acuerdos internacionales que respaldan el trabajo a favor de garantizar la mejor calidad de vida posible para las personas mayores, generando políticas basadas en sus realidades, como también encuestas sobre calidad de vida teniendo en cuenta diferentes aspectos de su integralidad: desde la alfabetización, la soledad, la vivienda, su salud (física, psicológica y social), su satisfacción con la vida, situaciones de maltrato, tiempo libre, hábitos saludables y tóxicos, etc. Estas encuestas sirven como herramientas de diagnóstico a partir de los cuales se deben diseñar políticas públicas que impacten de manera integral y positiva en la vida de este grupo poblacional.

Envejecimiento poblacional en América Latina, Argentina y Neuquén.

En uno de los últimos documentos regionales sobre “Derechos de las personas mayores” de CEPAL (2017) se hace referencia a los cambios en la estructura de la población, observándose el paso de sociedades jóvenes a maduras y luego a envejecidas en la mayoría de los países de **América Latina y el Caribe**.

Según las estimaciones y proyecciones de las Naciones Unidas, en 2017 hay 76,3 millones de **personas mayores**, que representan el **11,8%** de la población. En

Calidad de Vida de las Personas Mayores

Una herramienta de gestión orientada a la acción política local

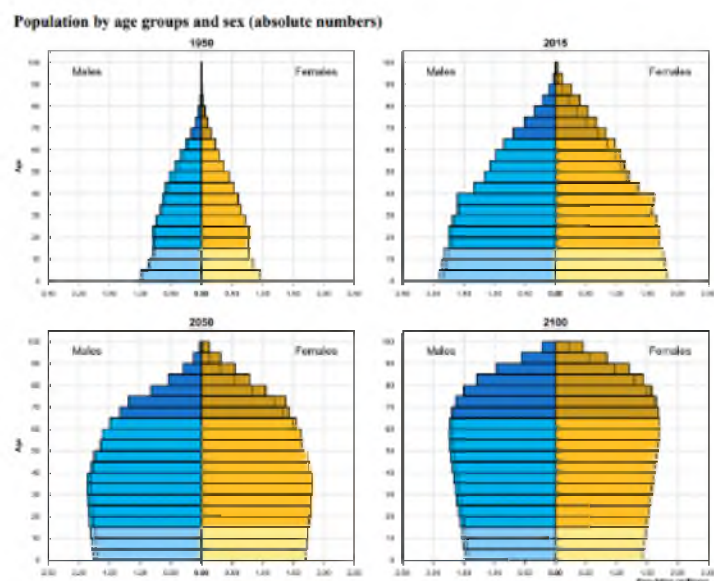
2030 este grupo poblacional ascenderá a 121 millones y de ese modo las personas mayores representarán el 17% del total de la región. En 2060, cuando el envejecimiento esté presente en prácticamente todos los países de América Latina y el Caribe, las personas mayores representarán el 30% de la población regional y serán alrededor de 234 millones.

Esta transformación demográfica presenta características que preocupan: un ritmo más rápido que el registrado en los países desarrollados y un contexto de desigualdad, pobreza, débil desarrollo institucional, sistemas de protección social de baja cobertura y calidad y una institución familiar sobrecargada y con vínculos deteriorados que, además de atender las necesidades de las personas mayores, se hace responsable de los vacíos que dejan las instituciones encargadas de la protección social. (Huenchuan, S. 2010 y 2016)

En nuestro país, según INDEC (2018) el cambio en la estructura de la población puede observarse en la evolución de las pirámides poblacionales (Gráfico 1): en 1950 presentaba una forma de pirámide con forma expansiva o “joven”; para pasar a una pirámide en transición o con forma de “campana” en el 2010 que muestra una población donde se producen pocos nacimientos y la proporción de personas mayores es importante. Para el año 2050, según las proyecciones estimadas, la pirámide tendrá forma regresiva o “envejecida”: base angosta con pocos nacimientos y proporción significativa de mayores.

**Gráfico 1: Evolución de las pirámides poblacionales en Argentina
1950 – 2015 – 2050 – 2100.**

Fuente: United Nations Department of Economic and Social Affairs / Population Division. World Population Prospects: The 2015 Revision, Volume II: Demographic Profiles UN (2015)

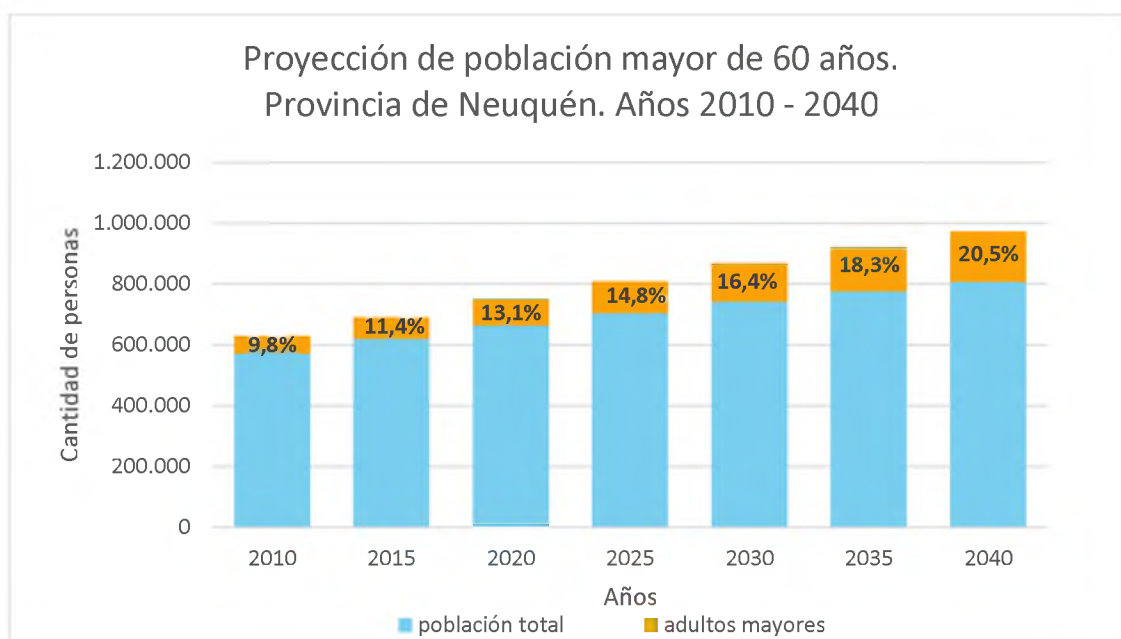


A nivel provincial (realidad que coincide con la mundial) cada vez son más, en números absolutos y relativos, la cantidad de personas mayores (Gráfico 2).

Calidad de Vida de las Personas Mayores

Una herramienta de gestión orientada a la acción política local

Gráfico 2: Proyección de población mayor de 60 años. Provincia de Neuquén. 2010-2040



Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas publicadas en la Dirección Provincial de Estadística y Censos de la Provincia del Neuquén en base a datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC 2018).

Los cambios demográficos que han ocurrido en nuestro país tienen dos **causas** principales, según detalla CEPAL (2017):

- Rápido descenso de la fecundidad hacia el nivel de reemplazo.
- Ganancia de años de vida (Tabla 1)

Tabla 1: Evolución de la esperanza de vida al nacer en la Argentina

| | 1965-1970 | 2000-2005 | 2015-2020 | 2030-2035 | 2060-2065 |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| América del Sur | 58,82 | 71,76 | 75,59 | 78,88 | 84,15 |
| Argentina | 65,80 | 74,34 | 76,92 | 79,55 | 84,33 |

Fuente: Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables", Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 (U.N. ,2015)

CEPAL (2017) describe que los mayores **efectos** de la transformación demográfica pueden apreciarse desde dos perspectivas: la de las personas y la de las poblaciones.

Si el análisis se centra en las personas, entre los efectos está:

Calidad de Vida de las Personas Mayores

Una herramienta de gestión orientada a la acción política local

- la mayor sobrevivencia derivada de la reducción de la mortalidad, puede implicar costos más altos para sostener la salud y el bienestar en una vida más prolongada.
- el descenso de la fecundidad puede implicar que las mujeres liberen parte del tiempo que dedicaban a la crianza para dedicarlo a otras actividades, lo que les permitiría tener una mayor participación en la vida económica, aumentando su autonomía y el bienestar en los hogares.

Las principales consecuencias para las poblaciones son:

- la reducción del crecimiento poblacional
- la transformación de la estructura por edad, que implica el envejecimiento de la población por el paso paulatino de sociedades jóvenes a sociedades maduras, y de estas a sociedades envejecidas
- la **feminización de la vejez** es un fenómeno mundial ya que en casi todos los países las mujeres viven más que los hombres. Actualmente, el índice de feminidad (número de mujeres por cada 100 hombres) entre las personas mayores es de 122,7 y esta cifra no cambiará en los próximos 13 años, según Gómez Gómez (1994).

En la investigación llevada a cabo por Repetto et al (2011) señala que “en Argentina, según datos del Censo 2010, el 40,8% de la población mayor de 65 años son hombres, mientras que el porcentaje de mujeres asciende al 59,2%”.

De todas maneras, Gómez Gómez (1994) especifica que este predominio femenino debido a la mayor sobrevivencia de las mujeres en edades más avanzadas no es sinónimo de bienestar y oculta importantes desigualdades y desventajas.

Esta transformación de las poblaciones, al modificar su estructura, también modifica las demandas sociales; y esto obliga a los estados y a la sociedad en su conjunto, a desarrollar políticas orientadas a personas mayores con el fin de protegerlos de sufrir carencias derivadas de necesidades básicas insatisfechas y de la escasa contención familiar y social, refieren Repetto et al (2011).

Esto obliga a redistribuir los recursos económicos, de manera que se pasa de atender preferentemente las demandas de los niños y jóvenes (educación) a la atención de las personas mayores (salud, cuidados y pensiones), explica CEPAL (2017).

En resumen, frente a esta nueva realidad poblacional, los principales desafíos son disminuir los factores de riesgo de enfermedades crónicas, lograr una mayor equidad y disminuir los condicionantes sociales negativos a lo largo de toda la vida de las personas, y en particular de los mayores. (Pelaez et al. 2017).

Personas mayores como sujetos de derechos

El recurso más importante de un país, de un municipio, es su población; y la misión del Estado, su razón de ser, es su bienestar. Lograr un nivel de vida digno para toda la población debiera ser el objetivo al cual se enfocaran todas las acciones. Ante esto, el desafío será convertir el envejecimiento poblacional visto como problema, como una carga, en una oportunidad de igualar oportunidades y capacidades descubriendo los aportes que realizan las personas mayores a sus familias, a la sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones, indica Sandra Huenchuan (2010).

La autora señala que estas desigualdades se deben a las diferencias que presenta este grupo con el “estándar” culturalmente dominante que se considera válido: productivo, joven, viril y sin deficiencias de ningún tipo. Las personas mayores que no cumplen con estos requisitos sufren el “viejismo”, es decir, la discriminación por edad, que transforma a los años de vida en una adversidad que limita o impide una vida libre e independiente, sumado a que están más expuestos a sufrir la pobreza, la invisibilización o la fragilización, con sus particulares expresiones en esta etapa de la vida.

Esta discriminación tiene su fundamento, según la autora, en el rechazo a lo diferente, el miedo a la muerte, el énfasis en un ideal joven, la productividad medida estrictamente en términos de potencial económico y la concentración en las personas mayores institucionalizadas (estereotipo negativo de vejez); y esto les ocurre a las generaciones jóvenes y a las mismas personas mayores que no quieren pertenecer a ese grupo debido a las mismas causas. Reforzando esta imagen negativa, el modelo social implementado en los años 60 y 70 instaló (a falta de un modelo de intervención

definido) prácticas que se utilizaban para niños, lo cual resultó en una infantilización de los mayores, alejándolos de su autonomía y su empoderamiento.

Al igual que los demás grupos discriminados de la sociedad, los mayores fueron “indeseables”, luego se transformaron en objetos de protección y amparo (donde las políticas asistencialistas los silencian, los anulan, los hacen dependientes sin necesidad, los institucionalizan, los medicalizan, etc.) ubicándolos en una situación de inferioridad y marginación respecto a la sociedad en su conjunto. El objetivo desde este nuevo paradigma al que adhirió nuestro país en la Convención Interamericana del 2015, es que se conviertan en sujetos plenos de derecho en sociedades donde las diferencias sean las que las enriquezcan. (Huenchuan, S. 2012 y 2013 a).

Este enfoque de derechos promueve la integración de todos los grupos excluidos, para que sean tratados con igualdad y respeto a la dignidad humana, y así fortalecer la integración social. (Huenchuan, S. y Rodríguez-Piñero, L. 2010).

En la actualidad, las personas mayores buscan el apoyo político invocando el derecho antes que la carencia. Pero, también se encuentran en la sociedad, grupos de personas que están en contra de considerarlos en una posición privilegiada. Algunos por no estigmatizarlos aún más y otros, aduciendo que los recursos que se les otorgan son a costa de otros grupos más necesitados. (Huenchuan, S. 2012)

A nivel mundial se observa que, en los países con amplios sistemas de bienestar, se les asegura la satisfacción en sus necesidades básicas (seguridad social, salud) pero quedan por abarcar aspectos muy importantes como la autonomía y la participación. En América Latina, las instituciones destinadas a este grupo poblacional les dan participación, pero debido a que los necesitan para seguir existiendo. En Estados Unidos, les dan participación, pero porque son una importante masa de votantes. (Huenchuan, S. 2012).

Es indispensable que este enfoque de derechos que se promueve se materialice, no sólo en documentos internacionales, regionales y nacionales que lo respalden sino también, que el Estado logre disminuir las brechas de igualdad a través de políticas públicas concretas y de acciones en las comunidades, asignando recursos para que se plasmen en realidades que permitan a este grupo poblacional, acceder y disfrutar del bienestar. (Huenchuan, S. y Rodríguez-Piñero, L. 2010 y Huenchuan, S. 2013 b).

Para ello se sugiere la elaboración de una agenda de la igualdad (con inclusión y reconocimiento de las diferencias sociales), y así promover el respeto de los derechos de los grupos excluidos. Esta agenda estará enmarcada en el manejo social del riesgo y en la protección social, entendiendo que incluirá acciones destinadas a brindar herramientas para prevenir o enfrentar mejor, situaciones de vulnerabilidad que puedan perjudicar a las personas. Las mismas serán en estas 3 líneas: seguridad de ingresos, atención básica de salud y servicios sociales para la autonomía, las cuales en conjunto podrán desarrollar capacidades individuales y colectivas y así disminuirán las desigualdades existentes. (Huenchuan, S. 2013 b).

Uno de los derechos que se encuentra fuertemente amenazado en la población mayor es el derecho a la salud, debido al deterioro natural de esta etapa sumado a las dificultades de acceso a los servicios de salud de calidad (debido a factores económicos o geográficos) relata la investigación realizada por Santillan Pizarro et al (2016). Y continúa resaltando que los Estados que reconocen a personas mayores como sujetos de derecho (Convención Interamericana, OEA 2015), se transforman en sujetos de obligaciones, ya que se comprometen a diseñar, implementar y evaluar políticas y programas que cumplan en garantizar esos derechos enunciados.

Por su parte, cada adulto mayor sujeto de derecho, debe estar concientizado al respecto para hacerlos cumplir. Este empoderamiento, según Di Césare, L. (2012), se logra a través de las reservas que haya acumulado durante su vida; es decir, a los factores de protección y de prevención que han recibido del exterior y que han interiorizado como tales. Estos factores, como su nombre lo indica, minimizan o evitan daños que puedan afectarlos. Si las reservas con las que llegan a la vejez son escasas, será responsabilidad del Estado fortalecerlas con acciones concretas que fortalezcan su autoestima individual y social.

Entre las principales reservas, que se potencian entre sí, Di Césare, L. (2012) considera que es importante recalcar:

- las económicas, dentro de ellas la jubilación
- las afectivas, a través de la creación de entornos contenedores y el fortalecimiento de lazos familiares y sociales que eviten el aislamiento y la soledad de las personas mayores
- las vinculares que les permiten interactuar con otros (pares o en actividades intergeneracionales)

- las de salud, especialmente las relacionadas a los aspectos cognitivos y con un envejecimiento activo (actividad física, hábitos alimentarios saludables, abandono de sustancias tóxicas si estuvieran presentes, etc.), fomentando el autocuidado (OMS, 2002).
- las motivacionales, a través de la educación, las actividades recreativas y culturales.

Recomendaciones sobre políticas de calidad de vida para personas mayores.

En el documento sobre “Envejecimiento e Institucionalidad Pública en América Latina y el Caribe” (Huenchuan 2016) haciendo referencia a Latinoamérica, describe la situación actual de la provincia de Neuquén, relatando la falta de continuidad de los programas y el insuficiente personal calificado que condicionan el rendimiento institucional y obstaculizan la disminución de brechas de igualdad. Por eso recalcan en ese documento que, cualquier iniciativa que combine el desarrollo orientado a los derechos con políticas públicas encaminadas a reforzar el papel redistributivo del Estado, favorece su institucionalidad como actor social.

Esta autoridad social debe tener en cuenta diferentes aspectos en su institucionalidad, como la capacidad política, la coordinación, la fragmentación y otros que son enumerados en el estudio “Políticas y acciones orientadas a los adultos mayores” (Repetto et al, 2011)

Respecto a la **capacidad política** dicho estudio refiere que la existencia en las provincias de dependencias gubernamentales dedicadas a las políticas para las personas mayores no es condición suficiente para que se generen políticas integrales y articuladas, también son importantes los factores individuales del funcionario a cargo del área.

Respecto a las instancias de **coordinación** entre las dependencias, en la provincia de Neuquén sucede lo mismo que lo descrito al analizar los 3 municipios argentinos en la investigación de Repetto et al del 2011: los programas y acciones que se ofrecen para las personas mayores son múltiples, pero dispersos en diferentes áreas y sin coordinación ni estrategia que los unifique, falta integralidad en las políticas y en las acciones destinadas a este grupo y esta segmentación en su abordaje se debe a que

cada organismo maneja un concepto diferente de vejez. Debido a esto, se propone un abordaje intergubernamental e intersectorial de las problemáticas sociales.

También, en la investigación mencionada detectaron que existen muchas iniciativas destinadas a las personas mayores y que cuentan con **recursos** suficientes para ser financiadas; pero que la población objetivo no tiene la suficiente **información** al respecto y que existen desigualdades en el **acceso** a las mismas, condiciones que se repiten en la realidad provincial.

Como sugerencias para tener en cuenta al momento de diseñar políticas a nivel local los investigadores señalan la importancia de las iniciativas orientadas a la **prevención**, así como también priorizar en la difusión de información sobre “calidad de vida”, tanto para las personas mayores como para el resto de la población. Dentro de las actividades preventivas, hay que prestar especial atención a la falta de **continuidad** en el tiempo (debido a cambios de ideologías políticas), así como también su poca **efectividad** ya que llegan a pocas personas mayores sin alcanzar a quienes se encuentran en las situaciones de vulnerabilidad más pronunciadas.

Otro aspecto a tener en cuenta es que este grupo poblacional es heterogéneo, por lo tanto, sus necesidades son multidimensionales. Esto hace que sea imprescindible un abordaje integral e interdisciplinario para poder lograr el objetivo de mejorar su calidad de vida.

En dicho estudio, también hay un apartado específico para los **gobiernos municipales**: refiere que los mismos deben jugar un rol clave en función de su mayor proximidad a la población a la que dirigen las políticas. Relatan que en los gobiernos locales existen áreas destinadas a la población de personas mayores que cuentan con programas y organizan acciones pero que no definen políticas locales para este grupo poblacional.

Este grupo poblacional de las mayores, además del aumento cuantitativo ya descripto, requiere mayor cantidad de servicios por la vulnerabilidad propia de la edad, las condiciones sociales y económicas, sumado a las patologías crónicas más frecuentes en este grupo. En lo referido a la atención de su salud, los investigadores mencionados detectaron también un incremento en la demanda de servicios de prevención, rehabilitación, cuidados de enfermería, tratamiento de enfermedades crónicas y asistencia social. (Repetto et al 2011).

Las recomendaciones publicadas en “Celebrar el envejecimiento poblacional en la Argentina” de Peláez et al (2017) sobre las políticas en salud de la población mayor para el futuro inmediato, son homologables a las políticas públicas destinadas a mejorar la calidad de vida para las personas mayores de cada localidad de la provincia. Señalan que deberían enfocarse en los siguientes aspectos:

- a) Monitoreo de situación en salud y equidad en las personas mayores, con una mirada desde el enfoque de derechos.
- b) Establecer políticas que tiendan a favorecer el Envejecimiento Saludable, entendiendo al mismo como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez (OMS, 2015).
- c) Coordinar el trabajo entre subsistemas e instituciones del sistema de salud: colaboración intergubernamental vertical (nación – provincias – municipios), colaboración intergubernamental horizontal (diversos organismos de un mismo nivel de gobierno) y coordinación entre el estado y el sector privado, familias y comunidad.
- d) Crear y garantizar el acceso a servicios que presten atención integrada y centrada en las personas mayores: basados en sus necesidades y en coordinación con ellos, las familias y la comunidad (OMS, 2015).

Esta guía de sugerencias será tenida en cuenta al momento de diseñar las políticas públicas en cada localidad de la provincia.

Acuerdos internacionales que impulsan trabajar sobre la calidad de vida de las personas mayores.

Desde la primera Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento (Naciones Unidas, 1982), el Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable de la OPS-OMS (2009) y la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe (Naciones Unidas, 2012); incluyendo la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las personas mayores (OEA 2015), todos los documentos internacionales, regionales y nacionales hacen hincapié en la calidad de vida de las personas mayores.

Cada uno de ellos tiene como uno de sus principales lineamientos: **investigar sobre este tema para formular políticas públicas que impacten en este grupo poblacional.**

Como documento internacional cabe citar el Artículo 14 del Plan de acción de Madrid (Naciones Unidas, 2003) que dice: “Reconocemos la necesidad de conseguir progresivamente la plena realización del derecho de todas las personas a disfrutar del grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr. Reafirmamos que alcanzar el grado más alto posible de salud es un objetivo social de suma importancia en el mundo entero, y para que se haga realidad es preciso adoptar medidas en muchos sectores sociales y económicos aparte del sector de la salud”. Teniendo en cuenta que el concepto de “salud” abordado desde un punto de vista integral se equipara al de “calidad de vida”, relata que, para mejorarla son necesarias medidas en diversos ámbitos (económico, social, ambiental, etc.).

Como documento regional, el Plan de Acción sobre la Salud de las personas mayores de la OPS-OMS (2009) explicita que la mayoría de los sistemas de salud no cuentan con información sobre las necesidades de la población a su cargo, ni tampoco con indicadores que permitan evaluar las medidas sanitarias que se implementan. Este plan identifica cuatro áreas críticas, una de las cuales hace referencia a generar información para ejecutar y evaluar las acciones que mejoren la salud de la población mayor y, en su segundo objetivo hace referencia a estimular el movimiento de ciudades amigas del adulto mayor en la Región

En la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las personas mayores (OEA 2015), el objeto es **“promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad”**.

Por otra parte, a nivel nacional, en el Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud para los adultos mayores del Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2007), en su cuarto objetivo específico habla de impulsar acciones de información y comunicación con el fin de instalar el tema en la agenda pública y concientizar a la población en general. Como actividades para alcanzarlo propone generar una base de datos sobre la situación de la población de las personas mayores de nuestro país y conformar un mapa de recursos, proyectos y políticas públicas.

Encuestas y estudios sobre calidad de vida de las personas mayores.

De acuerdo a los documentos internacionales, es prioridad contar con información sobre la realidad cotidiana de este grupo poblacional. En el mundo, desde hace más de dos décadas se realizan encuestas y estudios de investigación con este objetivo. Las encuestas se pueden agrupar en dos ramas: las que derivan de Health and Retirement Study (HRS) y Study of Global Ageing and Adult Health (SAGE) que la OMS realiza en diversos países del mundo (WHO, 2018)

Un detalle de las mismas se presenta en el Anexo 1 (Encuestas sobre Calidad de Vida de las personas mayores en el mundo).

En este apartado cabe mencionar que desde hace más de 20 años en el mundo se está investigando sobre el tema. Los pioneros fueron los estadounidenses con la HRS y le siguieron investigadores de diferentes países tomándola como encuesta madre y realizando adaptaciones regionales o bien, diseñando nuevas herramientas. Lo que se resalta como común denominador es la evaluación continua: se realizan cohortes cada 2 o más años, pero no se limita la investigación a un diagnóstico único de esta población. Esto ha permitido el análisis de la información en forma secuencial y progresiva, lo cual también permite analizar tendencias y así, posibilita poder anticiparse al futuro con el diseño de políticas preventivas sobre las condiciones menos favorables detectadas. Otro aspecto que se repite en las encuestas es el abordaje integral de la calidad de vida, teniendo en cuenta las diferentes dimensiones que la componen.

En nuestro país

- En Argentina, la primera encuesta que se realizó para conocer la situación de salud y bienestar de las personas mayores, es la **Encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento)**, que se encuentra en el grupo de la HRS. Se realizó en el Gran Buenos Aires entre 1999 y 2000. Esta investigación se trata de una encuesta multicéntrica que investiga la salud y el bienestar de las personas mayores en las capitales de siete países de América Latina y el Caribe (Albala et al, 2005).
- La última encuesta con el mismo fin fue en 2012, estuvo a cargo del Instituto Nacional de Estadística y Censo, se denominó **Primera Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de las personas mayores** (ENCaViAM 2012) y se realizó en localidades argentinas de 2 mil y más habitantes. El diseño del estudio contó con la

colaboración y participación del Ministerio de Desarrollo Social a través de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF). El objetivo del estudio fue generar información a partir de la propia autopercepción de las personas de 60 años y más.

Además de las encuestas citadas, en nuestro país se realizaron estudios de investigación con el fin de contar con información sobre diferentes aspectos de la vida de las personas mayores.

- Una investigación que investiga la situación de salud y bienestar de las personas mayores es el **Protocolo de Vancouver** (OMS 2007). El desarrollo local de esta herramienta permite a cada ciudad comenzar a formar parte de la Red Global de Ciudades Amigables con los mayores (541 ciudades en el mundo). (OMS Ciudades amigables)

En Argentina, la primera ciudad que adhirió fue La Plata, luego a comienzos del 2017 CABA y a finales de ese año, 4 ciudades de la provincia de Mendoza (Godoy Cruz, Luján, Las Heras y Maipú). (Prensa Gobierno de Mendoza, 2017)

La finalidad de esa investigación es evaluar la adaptación de las ciudades a las necesidades de los mayores como base para identificar áreas de acción. La investigación se basa en la premisa de que una ciudad amigable con los mayores promueve el envejecimiento activo.

- Otra investigación realizada en tres municipios argentinos (Mendoza, Corrientes y Rosario) que estuvo a cargo del CIPPEC (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento a cargo de Repetto et al 2011) es el estudio **“Políticas y acciones orientadas a las personas mayores”**. El mismo “desarrolla una metodología de triple abordaje, de tal forma que se contemple la diversidad que existe respecto de las características sociodemográficas de este grupo de la población, así como también del andamiaje institucional desplegado para su tratamiento (existencia, características y funcionamiento de organismos específicos, leyes, instancias de articulación y consulta) y de las políticas (servicios, proyectos, acciones) orientadas a este grupo de la población”.

En la gestión de políticas públicas para las personas mayores en los niveles locales / municipales, lo que usualmente sucede es que “confluyen a dar respuesta organismos nacionales, provinciales y municipales, no siempre coordinadas”.

Por su parte, en el mismo estudio Norberto Padilla, (Repetto et al 2011), afirma: “Constatamos que la expectativa de vida se ha extendido y que muchos ancianos participan de una manera mucho más activa afectiva, familiar y comunitariamente. Al mismo tiempo, y como una paradoja, el eficientismo y la deshumanización, la relajación de los valores y de los lazos sociales, amenazan con formas de marginación impensables en las sociedades tradicionales, en especial cuando hay que acompañar enfermedades y discapacidades. Cuando nos acercamos al hombre y mujer mayores para proyectos y políticas, sepamos que hemos de evitar los fáciles encasillamientos. Nuestra mirada, impregnada de profundo humanismo, debe dirigirse sobre cada uno de ellos”.

Al realizar el estudio en Corrientes, Mendoza y Rosario, los investigadores refieren una realidad que se repite en Neuquén, “en las provincias y a nivel municipal, encontramos un conjunto heterogéneo de instituciones orientadas a las personas mayores. Generalmente las áreas abocadas a esta población dependen de los Ministerios de Desarrollo Social o Desarrollo Humano (en el caso provincial), o de Secretarías o Direcciones de Desarrollo Social (a nivel municipal). Existe una amplia variedad de situaciones, ya que se diferencian no sólo según el lugar que ocupen dentro de un organigrama (y por lo tanto el grado de jerarquía que tengan), sino también de acuerdo con el presupuesto con el que cuentan, la dotación de recursos humanos y su formación profesional. En algunos casos, a nivel provincial y local también se replica la figura de los consejos de las personas mayores, que generalmente dependen de las áreas sociales”.

JUSTIFICACIÓN

Dado el rápido envejecimiento de la población, las condiciones en las que se está produciendo este proceso en las poblaciones de América Latina, los nuevos acuerdos internacionales a los que la Argentina ha adherido y los estudios previos que se han realizado en esta temática, cabe preguntarse ¿en qué medida las políticas y las instituciones nacionales, provinciales y locales están adaptadas o preparadas para abordar los desafíos asociados con este proceso de envejecimiento poblacional?

Para abordar el anterior interrogante es necesario considerar al menos dos grandes dimensiones: la primera, la propia **estructura gubernamental** que existe en la Provincia de Neuquén y que tiene como población objetivo a las personas mayores;

Calidad de Vida de las Personas Mayores

Una herramienta de gestión orientada a la acción política local

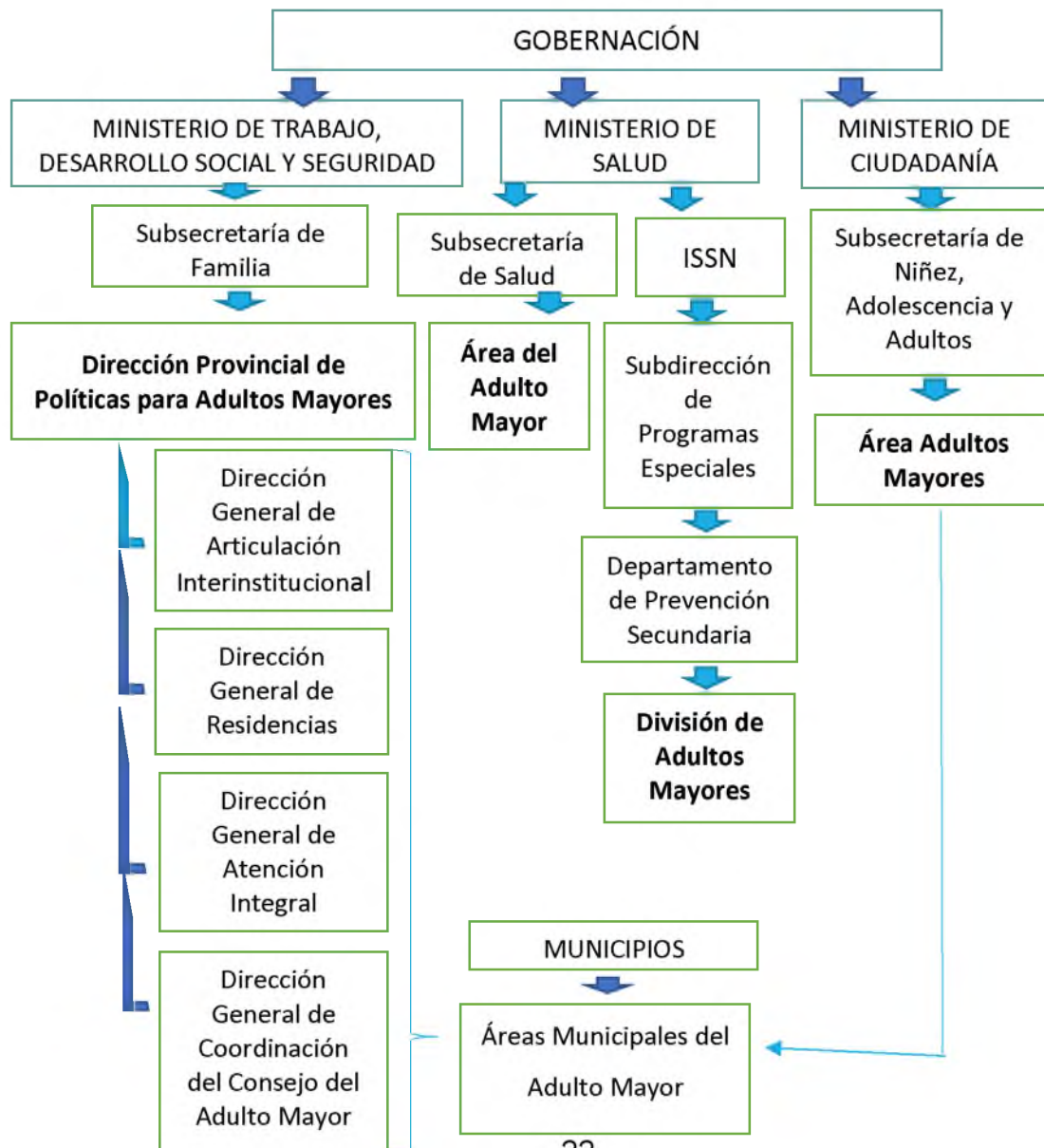
la segunda, tiene que ver con la funcionalidad de esa estructura, las **características de las acciones y políticas** que se llevan a cabo en el territorio provincial.

Respecto a la **estructura**, se detalla a continuación el organigrama gubernamental (Gráfico 3) y se describen las cuatro áreas provinciales relacionadas a la población de las personas mayores.

Desde el Gobierno de la Provincia de Neuquén existen cuatro áreas, en tres Ministerios diferentes, que se ocupan de la población adulta mayor:

- Ministerio de Salud
- Ministerio de Trabajo, Desarrollo Social y Seguridad
- Ministerio de Ciudadanía

Gráfico 3: Organigrama provincial relacionado a adultos mayores. Fuente: elaboración propia.



Ministerio de Salud: de él depende la Subsecretaría de Salud en la cual se enmarca el Departamento de Salud del Adulto, que contempla entre otros al Programa del Adulto Mayor (Ministerio de Salud de Neuquén, 2016). Este Programa ha realizado en su creación, hace 5 años, un diagnóstico de situación a nivel provincial (forma parte del detalle mencionado en cada una de las características analizadas en la segunda parte de la justificación).

Sus líneas estratégicas son: capacitación, prevención y promoción, asistencia, recuperación de función e investigación, sin lograr el cumplimiento de los objetivos propuestos para cada una.

También, del Ministerio de Salud depende la Obra Social Provincial: el Instituto de Seguridad Social de Neuquén. Dentro de su organigrama se encuentra la Casa de la Prevención, que se dedica a programas de prevención y promoción de la salud. Desde hace 1 año y medio se crea en ese marco, la División de Adultos Mayores que coordina acciones con otros entes y ofrece dos actividades concretas: Actividad física para adultos mayores en un Club de la Ciudad de Neuquén y Talleres de preparación para la Jubilación (para quienes estén a 2 años o menos del retiro laboral).

Ministerio de Trabajo, Desarrollo Social y Seguridad: de él depende la Subsecretaría de Familia, que enmarca a la Dirección Provincial de Políticas para Adultos Mayores. Cuenta con 4 Direcciones Generales, una de ellas es el Consejo Provincial de Adultos Mayores creado en el año 2010 (Consejo Provincial del Adulto Mayor, 2010), que comienza a funcionar en noviembre del 2016 y durante el 2017 no logra cumplir con las metas establecidas.

El Consejo es un órgano consultivo y asesor del Estado, dependiente del Ministerio de Trabajo, Desarrollo Social y Seguridad. Dentro de sus funciones específicas, tiene la labor de promover el desarrollo del asociacionismo y la participación de las personas mayores en la sociedad. Algunas de sus funciones:

. Impulsar acciones conducentes al relevamiento de la información referida a las personas mayores, instituciones, recursos, programas, servicios, legislación, investigación y estudios, proponiendo la constitución y el fortalecimiento de los centros de documentación y bancos de datos que la registren.

. Participar en el relevamiento y análisis de las acciones que se lleven a cabo en la implementación de las políticas relativas a las personas mayores; de los recursos que le sean asignados, y proponer alternativas para su optimización.

También comenzó a trabajar en forma interdisciplinaria e interinstitucional sobre el proyecto de la “**Ley Integral del Adulto Mayor de Neuquén**” que se encuentra en etapa de elaboración.

Además del Concejo, la Dirección Provincial de Políticas para Adultos Mayores cuenta con programas que brindan apoyo y contención social profesional y subsidios económicos para alimentos, medicamentos, compras de elementos de ortesis, pago de alquileres y acompañantes domiciliarios a las personas mayores en situación de vulnerabilidad de todo el territorio provincial (en Neuquén lo hace en forma directa y en las localidades del interior a través de las Áreas de Desarrollo Social de los Municipios).

Ministerio de Ciudadanía: de él depende la Subsecretaría de Niñez, Adolescencia y Adultos Mayores. La misma genera acciones que promueven la participación ciudadana y el protagonismo de niñas, niños, adolescentes y personas adultas mayores. También acompaña en territorio iniciativas de la sociedad orientadas a esos objetivos (Ministerio de Ciudadanía Neuquén).

Respecto al funcionamiento de la estructura detallada y según la investigación llevada a cabo por Repetto et al (2011), hay determinadas **características** que deben ser analizadas en las políticas destinadas a la población adulta mayor, las cuales se detallan a continuación indicando su “estado” en la realidad de la provincia de Neuquén de acuerdo a entrevistas realizadas con autoridades gubernamentales, profesionales y técnicos de las diferentes áreas de gobierno:

- **Capacidad política** de planificación
 - La construcción nacional de los programas destinados a las personas mayores desmotiva el desarrollo de estrategias regionales con una visión de mediano y largo plazo, esto se debe a dos razones: por un lado, la mayoría de los gobiernos municipales de la provincia tienen estilos de gobierno con tendencia al cortoplacismo y que responden a demandas urgentes y puntuales. Por otro

Calidad de Vida de las Personas Mayores

Una herramienta de gestión orientada a la acción política local

lado, reciben programas nacionales rígidos, con poca posibilidad de realizar adaptaciones.

- La mayoría de los gobiernos locales presentan un modelo de gestión en el cual las diferentes etapas de la planificación se cumplen para las áreas de infraestructura y servicios públicos, por ejemplo, y están menos desarrolladas en las áreas sociales.
- Inadecuado monitoreo y evaluación de los programas de salud en los últimos 5 años y focalización de las acciones en la capital provincial (a pesar que los objetivos estaban destinados a todo el territorio provincial).
- Institución municipal con bajo prestigio político debido a su historia de cumplir un rol administrativo y exclusivamente ejecutor.
- **Fragmentación y coordinación** de las instituciones / áreas dedicadas a las personas mayores
 - Problemas de articulación en los gobiernos locales / provinciales y con otros niveles de gobierno, que llevan a la duplicación y mal aprovechamiento de recursos. Tendencia a que cada área de gobierno aborda la temática sin integrar intereses, lineamientos y recursos con otros.
- **Información** para realizar diagnósticos de situación
 - Implementación de programas nacionales o provinciales en base a diagnósticos realizados desde un enfoque asistencialista y con escasa participación de los destinatarios.
 - Información local fragmentada, poco accesible, parcial e incompleta respecto a la calidad de vida de las personas mayores.
 - No hay desarrollo de sistemas que permitan compartir la información y realizar una evaluación interinstitucional.
- **Accesibilidad** a la participación y a las decisiones políticas
 - Invisibilización de la temática del envejecimiento por parte de quienes tienen a cargo la agenda pública.
 - Funcionarios políticos locales que presentan un estereotipo de vejez negativo.

Calidad de Vida de las Personas Mayores

Una herramienta de gestión orientada a la acción política local

- Limitada participación de las personas mayores en las decisiones públicas que afectan su calidad de vida (generalmente restringida a lo recreativo y lo solidario).
- Las personas mayores tienen baja participación social (por la presencia de comorbilidades, resultados de hábitos de vida poco saludables en el transcurso de sus vidas, y por los estilos de gobierno que atravesaron durante su juventud y adultez)
- **Focalización en la prevención**
 - Mayoría de programas gubernamentales con mirada asistencial, cuyos objetivos se centran en paliar eventos o circunstancias crónicas que impacten de forma negativa en su calidad de vida.
 - Programas preventivos destinados a las personas mayores con escaso presupuesto y cuya continuidad no está institucionalizada, sino que depende de las voluntades de los coordinadores.
- **Impacto en los más vulnerables**
 - Personas mayores con escasa autonomía funcional a cargo de familias sin los recursos necesarios para su abordaje y, en caso de no existir redes familiares, transferencia de esta responsabilidad del cuidado al Estado.
 - Focalización de las acciones destinadas a las personas mayores en los sectores más activos de la población, limitando así el acceso a las mismas de las personas mayores con mayor vulnerabilidad.
- **Interdisciplinariedad**
 - Personas a cargo de las áreas gubernamentales o de las instituciones locales destinadas a las personas mayores, con metodologías de trabajo aprendidas con la experiencia y basadas en la infantilización, la objetivización o la medicalización de las personas mayores.
 - Abordaje de la calidad de vida de las personas mayores priorizando los aspectos objetivos (dando un lugar secundario a los subjetivos y a los comparativos).

La descripción de cada una de las situaciones mencionadas, conforma el problema a abordar por este proyecto de intervención: **existencia de Políticas Públicas para las**

personas mayores basadas en las necesidades detectadas desde los niveles gubernamentales con una mirada asistencial y objetivizante.

MARCO TEÓRICO

Calidad de vida: historia del concepto.

Hablar de Calidad de Vida en el marco de las políticas públicas es el objetivo final de todas las acciones que se emprenden para mejorar el bienestar de las comunidades. En ningún discurso político está ausente el término "Calidad de Vida", y cuando se hace referencia a grupos poblacionales vulnerables, más presente aún.

Pero, más allá de que es un común denominador y muy utilizado por quienes diseñan e implementan políticas públicas, es indispensable dejar en claro su significado, comenzando por la historia de su concepto.

En la década del 30 se comenzó a hablar de la economía del bienestar, refiere Menger (1983), que postulaba un ideal equilibrio entre la eficiencia económica y el bienestar social: a cada persona le corresponde la cantidad de bienes que necesita y si es necesario dar más bienes a alguien, eso no se le quita a otro. Tiene como postulado que cada persona tiene "necesidades" para satisfacer diferentes aspectos de su vida. Estas "necesidades" están basadas en bienes económicos y la satisfacción de esas necesidades es la que determina su bienestar. Menger (1983) explica que, en una economía del bienestar, la totalidad de las personas tienen los bienes que necesitan para alcanzar el grado máximo de bienestar.

Estos conceptos de adquisición de bienes relacionados al bienestar, son los que se corresponden con uno de los componentes de la calidad de vida (componente objetivo / material), que en sus comienzos se pensó que era el único componente para determinar la calidad de vida de una población, teniendo como primer indicador el PBI del país, relatan Camou y Maubrigades (2005).

Años más tarde, el concepto fue evolucionando, descubriendo que el bienestar de las comunidades iba más allá de los bienes materiales que satisfacían sus necesidades. Además de las cuestiones objetivas, era importante tener en cuenta las percepciones de las personas. Así, en 1976 se publica el libro "The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations, and Satisfaction" (Campbell et al 1976). Los autores se

basaron en información obtenida de personas que vivían en EEUU, mayores de 18 años teniendo en cuenta sus principales características sociales (clase, edad, educación, ingresos) y otros como medio ambiente, experiencia de trabajo, estado civil, recursos personales y vida familiar. Una de las principales conclusiones a las que arribaron, expone Tonon (2010a), fue que los factores objetivos de calidad de vida se relacionaban con el estado psicológico de las personas, por lo tanto, además de investigar qué tenían (bienes) debían investigar cómo se sentían. En este trabajo calidad de vida era sinónimo de bienestar (felicidad, satisfacción con la vida, afectos, competencias personales).

También tuvieron en cuenta el aspecto “comparativo”: cada persona evaluaba su calidad de vida comparando su estado actual con un patrón (experiencia pasada o futuro deseado).

Este modelo presentado por Cummins (1998) crea una interacción entre las condiciones de vida objetivas, la satisfacción personal y los valores personales que interactúan a la hora de determinar la calidad de vida. La capacidad de poner pesos individuales tanto a los componentes objetivos como subjetivos a través de los dominios de la vida, es lo característico de este modelo.

El concepto de Calidad de Vida hace referencia al bienestar más allá de los aspectos económicos: well being, en inglés (Nussbaum y Sen, 1993).

Es un constructo que da imagen de la percepción que la persona tiene de su posición en la vida (Tonon 2010a, WHOQOL 1995) luego de evaluar aspectos objetivos y subjetivos, a nivel personal, social y ecológico (aspiraciones, percepciones, necesidades y representaciones sociales según Ferran Casas 1999) a partir del contexto cultural y de sus valores personales (WHOQOL 1995).

Esta evaluación se realiza en cada una de las siguientes 7 áreas de interés (Cummins 1998):

- Bienestar material
- Salud
- Trabajo o actividad productiva
- Conexiones sociales o familiares
- Seguridad
- Conexión comunitaria

- Bienestar emocional

Esta evaluación que cada persona realiza es una comparación (en cada una de las dimensiones y niveles) entre la situación actual real y el objetivo deseado (que puede corresponder a la mejor experiencia personal previa o al resultado normal esperado respecto al tema en cuestión). De esta comparación entre objetivos y logros (Michalos 1985) resulta el nivel de satisfacción / insatisfacción personal que define la calidad de vida de cada persona (Cummins 1998).

En referencia a la satisfacción, en primer lugar, se satisfacen las necesidades básicas (pirámide de Maslow 1991), que explica que, para lograr la satisfacción personal, en un primer lugar hay que satisfacer algunas necesidades llamadas básicas, para luego tender a satisfacer otras de mayor complejidad.

Cummins (1998) define a la Calidad de Vida como la comparación entre la salud (la potencialidad de hacer lo que se desea) y la felicidad (la satisfacción de haberlo logrado). Y relacionado a la "potencialidad", Sen y Nussbaum (1993) hablan de calidad de vida como la capacidad para lograr "funcionamientos valiosos" (es decir, la potencialidad de cada persona de dejar su huella en la vida de la sociedad) proponiendo un cambio de paradigma: del estado real a la oportunidad y de los bienes a los funcionamientos.

Esta evaluación tiene además la particularidad de ser dinámica y flexible (Tonon 2010 b), ya que se modifica con el paso del tiempo y con el cambio que puede aparecer en alguna de las dimensiones que la componen.

A lo largo del desarrollo histórico, el concepto de calidad de vida se ha caracterizado por su continua ampliación. De forma sucinta podría considerarse que, si inicialmente consistía en el cuidado de la salud personal, pasa luego a convertirse en la preocupación por la salud e higiene públicas, se extiende posteriormente a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continua con la capacidad de acceso a los bienes económicos y finalmente se convierte en la preocupación por la experiencia del sujeto de su vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud. El concepto deviene así más rico, complejo y también más frágil según exponen Moreno y Ximénez (1996).

Al pasar el tiempo el concepto de Calidad de Vida no sólo fue evolucionando y ampliando su cobertura, sino también fue aumentando su importancia y sus

implicancias no sólo en la ciencia política, sino también en la salud, educación, economía, cultura, etc., por lo tanto, se incrementaron la cantidad de investigaciones sobre el tema en todo el mundo. Así surge la necesidad de organizar todos los estudios realizados, y en 1995 se funda la Sociedad Internacional para Estudios de la Calidad de Vida (The International Society for Quality of Life Studies: ISQOLS) que tiene como objetivos coordinar los esfuerzos y estimular a investigadores de diferentes disciplinas en estudios sobre la calidad de vida y asumir el liderazgo en el tema para poder ser consultores en diferentes programas, servicios y organizaciones abocadas al tema.

Indicadores de calidad de vida

Los indicadores son descripciones de la realidad social. Esta realidad social tiene aspectos objetivos y cuantitativos (condiciones de vida) y también aspectos subjetivos y cualitativos (nivel de satisfacción con la vida).

El investigador Rob Vos (1996) propone en un documento de trabajo del INDES (del BID) que los indicadores sociales pueden clasificarse en:

- Indicadores de resultado (nivel de vida alcanzado)
- Indicadores de insumos (medios disponibles para alcanzar ese nivel de vida)
- Indicadores de acceso (grado de utilización de los insumos disponibles por parte de la población)

Es importante, para conocer la calidad de vida de una comunidad, tener en cuenta indicadores de los tres grupos expuestos: primero para saber el nivel de vida, lo objetivo, lo estructural; segundo para conocer qué medios tiene disponibles esa comunidad que le permita alcanzar el nivel de vida descrito; y, por último, si dichos recursos son accesibles a la comunidad para alcanzar el nivel de vida deseado.

Las personas mayores y envejecimiento

Concepto de persona mayor: es aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna del país determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. (Naciones Unidas-CEPAL-CELADE, 2016).

Envejecimiento y vejez, son procesos atravesados por múltiples variables: el tiempo, los cambios corporales, los contextos sociales y culturales.

La investigadora Huenchuan (2013 a) en su investigación “Perspectivas globales sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores 2007 – 2013” expone que “hay que diferenciar los aspectos cronológicos de la definición de vejez de lo que supone su construcción social. En general, el inicio cronológico de la vejez se relaciona con la pérdida de ciertas capacidades instrumentales y funcionales para mantener la autonomía y la vida independiente, lo que, si bien es un asunto individual, tiene relación directa con las definiciones normativas que se otorga en la cultura a los cambios ocurridos en el cuerpo, es decir, la edad social. En este contexto, la vejez puede ser tanto una etapa de pérdidas como de plenitud, todo depende de la combinación de recursos y la estructura de oportunidades individuales y generacionales a la que están expuestas las personas en el transcurso de su vida, de acuerdo a su condición y posición dentro de la sociedad. Esto remite a la conjugación de la edad con otras diferencias que condicionan el acceso y disfrute de los recursos y oportunidades —tales como el género, la clase social o el origen étnico”.

Refiere que “indefectiblemente, la vejez se ha asociado a un déficit de capacidad. Como consecuencia, las personas mayores suelen ser concebidas como perpetuos niños, carentes de independencia por su condición de edad”. Esto da lugar a la infantilización de las personas mayores, uno de los principales errores (junto con la invisibilización) que la sociedad comete contra este grupo poblacional.

Al respecto concluye que “las personas mayores experimentan un ejercicio limitado de la igualdad y la libertad, debido a desigualdades explícitas (en cuanto a situación y a derecho) y a que las políticas públicas muchas veces no han tomado en cuenta sus necesidades específicas”.

Conceptos de vejez: edad cronológica, fisiológica y social

En el mismo documento Huenchuan (2013 a) describe los tres tipos de edad:

- La edad cronológica o de calendario es esencialmente biológica y se manifiesta en niveles de trastorno funcional. Se refiere a la edad en años. Según este criterio, la vejez se define a partir de los 60 o 65 años.
- La edad fisiológica se refiere al proceso de envejecimiento físico que se relaciona más bien con la pérdida de las capacidades funcionales y con la disminución gradual de la densidad ósea, el tono muscular y la fuerza que se produce con el paso de los años.

- Por último, la edad social alude a las actitudes y conductas que se consideran adecuadas para una determinada edad cronológica.

Y el documento concluye diciendo: “la edad de la vejez es una construcción social e histórica que posee el significado que el modelo cultural otorga a los procesos biológicos que la caracterizan...En la sociedad occidental, la concepción predominante sobre las personas mayores y sus problemas parte de la construcción de la vejez como una etapa de carencias, debilidad o desapego”.

Relación entre envejecimiento, calidad de vida y políticas públicas.

En la etapa del envejecimiento acontecen numerosos cambios en todas las esferas de la vida de las personas y las personas mayores presentan una capacidad de adaptación diferente a otros grupos poblacionales, refieren Cabedo y Escuder (2014) en una publicación sobre “Educación y calidad de vida en las personas mayores”. Relatan que, cuando ocurre una situación cambiante (cambios físicos, psicológicos y sociales propios del envejecimiento, sin considerar las patologías más comunes de esta etapa) las personas responden a ella con dos herramientas: control primario y control secundario. En la primera, la persona cambia el entorno/realidad para que se adapte a sus necesidades; en la segunda, la persona debe adaptarse ella misma para que el entorno / la realidad no la perjudique. En el caso de las personas mayores, el envejecimiento es una realidad propia de la existencia, por lo cual no puede modificarla; por lo tanto, le queda la herramienta de adaptación personal. Según su propia capacidad de adaptación (buffer ante la situación de cambio) será su percepción de calidad de vida.

Los autores de esta publicación refieren que, a nivel poblacional, al investigar sobre la Calidad de Vida, se pondrán en juego indicadores de esa adaptación al cambio en esta etapa. En los casos de que esa capacidad de adaptarse sea menor a la esperada, se debe actuar sobre las causas de cada uno de los parámetros que aparezcan con resultados menos positivos. El nivel de calidad de vida de las personas mayores puede disminuir de manera importante como ya se ha expuesto debido a su escasa capacidad de adaptación al envejecimiento. Por ejemplo, cuando se presenta una condición de aislamiento disminuye su calidad de vida y, por el contrario, puede aumentar con actividades de socialización e integración. Así, las políticas públicas que

favorezcan aumentar la calidad de vida de las personas mayores, tendrán un impacto directo no sólo a nivel individual, sino también a nivel familiar y social.

Por todo lo expuesto es que, en la actualidad, el concepto de Calidad de Vida tiene una amplia significación política. En un artículo dedicado a “Investigar la calidad de vida en Argentina” Tonon (2008) refiere que “los estudios sobre Calidad de Vida nos presentan la posibilidad de una nueva mirada, tendiente a un trabajo más desde las potencialidades que desde las carencias y con un anclaje comunitario de tipo psicosocial, considerando a la persona tradicionalmente llamada objeto como SUJETO y protagonista de su accionar”. Plantea una realidad social basada en los derechos humanos, intentando que la visión de los protagonistas sea tenida en cuenta para las decisiones en políticas públicas y que estas políticas estén centradas en las personas.

La misma autora al investigar sobre “La utilización de indicadores de calidad de vida para la decisión de políticas públicas” (Tonon 2010 a) refiere que “considerando las políticas públicas como las formas de respuesta construidas por los gobiernos ante los problemas que se presentan, existen dos modelos, que se han presentado como opuestos y que presuponen formas muy diferentes de hacer política: la formulación de las políticas o la implementación de las políticas”.

La autora propone que las políticas públicas estén basadas y enfocadas en los DERECHOS HUMANOS, que la formulación y la implementación puedan ser consecuentes (no opuestas) y que ambas fases interactúen en forma permanente para posibilitar el ajuste que permita mejorar en forma continua los resultados en beneficio de la Calidad de Vida de las comunidades.

La OMS (2015) en el Informe mundial sobre el Envejecimiento y la Salud hace referencia a los desafíos a superar al formular políticas que logren buenos resultados en la calidad de vida durante el envejecimiento de la población:

- La diversidad de los estados de salud y estados funcionales que presentan las personas mayores. Lo más acertado es ver las necesidades diversas de las personas mayores como un espectro de grados de funcionamiento. Sin embargo, las respuestas normativas a menudo parecen inconexas, al centrarse en uno u otro de los extremos del espectro.

- El impacto de la inequidad. La diversidad en la vejez se debe a la herencia genética o a las decisiones tomadas por las personas durante su vida, la mayor parte es el resultado de influencias que a menudo están fuera de su control o fuera de las opciones que tienen a su disposición, dado que los entornos físicos y sociales que las personas habitan pueden influir en la salud directamente o por medio de obstáculos o incentivos que afectan las oportunidades, las decisiones y el comportamiento. De hecho, una parte importante de la gran diversidad en la capacidad y las circunstancias que se observan en la edad avanzada probablemente se deba al efecto acumulativo de estas inequidades en salud a largo de toda la vida.

Las personas que experimentan mayores necesidades de salud en algún momento de la vida también pueden ser las que tengan menos recursos para afrontarlas.

- Estereotipos anticuados y nuevas expectativas. Aunque hay pruebas considerables de que las personas mayores contribuyen a la sociedad en muchos sentidos, a menudo se los ve de manera estereotipada como una carga o como personas débiles, alejadas de la realidad o dependientes.

En lugar de encaminar a las personas mayores hacia fines sociales predeterminados, sería más conveniente que las políticas sociales se centraran en empoderar a las personas mayores para que logren cosas que las generaciones anteriores nunca hubieran imaginado.

El documento de la OMS (2015) recomienda que cada región debe evaluar cuál es su situación actual y qué medidas tienen probabilidades de funcionar en su contexto, y reconoce cuatro esferas de acción prioritarias:

- . adaptar los sistemas de salud a las poblaciones de edad que estos atienden actualmente;
- . crear sistemas de cuidados a largo plazo;
- . crear entornos amigables con las personas mayores;
- . mejorar la medición, el monitoreo y la comprensión.

La OMS (2015) en dicho informe no deja de exponer las notorias deficiencias de conocimiento que tienen los responsables de tomar decisiones y la necesidad urgente de subsanarlas. Esto fundamenta el presente proyecto de intervención.

Rol protagonista de los gobiernos locales

“Nadie mejor que los gobiernos locales para diseñar dichas políticas desde la proximidad, desde el conocimiento de la realidad concreta de cada municipio” enuncian los autores del libro “Gobiernos locales y políticas públicas” (Brugué y Gomá. 1998).

Desde hace tiempo se viene jerarquizando el rol que desempeñan los gobiernos locales en cada comunidad. Las tesis de nacionalización y gerencialismo que describían el poco poder de decisión de los municipios y la restricción de sus tareas a las exclusivamente administrativas, descritas por Brugué y Goma (1998) han ido evolucionando y hoy han sido reemplazadas por las tesis de localismo y politización, logrando así contar con capacidad de acción y de flexibilidad política. La tesis del nuevo localismo se fundamenta en la diversificación de las demandas sociales y en la globalización de la economía. Ante estas situaciones, los gobiernos locales “se encuentran en una situación privilegiada, tanto para adaptar sus servicios a las demandas cada vez más diversificadas de sus ciudadanos integrados como para acceder a las necesidades de sus ciudadanos excluidos”.

Existe lo que Font (2004) describe como una "movilización cognitiva" en la que los ciudadanos “no se conforman ya con desarrollar ese rol pasivo que se les había supuesto y que exigen poder hacer algo más”.

La tesis de politización que describen Brugué y Goma (1998) se basa en la aparición de planes estratégicos y de mecanismos de comunicación-participación de los ciudadanos en actividades políticas (proyectos participativos y diálogo bidireccional con la comunidad).

Esta politización de los gobiernos locales implica que los responsables municipales tengan voluntad de revitalizar las relaciones con la comunidad, cambiando el paradigma de “pasivos votantes a activos ciudadanos”.

Jouve (2004) postula que existe una clara tendencia a la pluralización en las nuevas formas de hacer política.

Este cambio se corresponde al cambio que existe en las comunidades: ya no se demanda “protección social” sino un estilo de gobierno relacional, con relaciones sociales participativas y cohesionadoras de desigualdades en el ámbito local y a nivel intergubernamental en sus diferentes niveles, sin división central / local y público / privada del trabajo político. La nueva realidad tiene más que ver con lo que denominan

los autores “gobierno multinivel”, en el cual hay codeterminación de políticas en todas las escalas del gobierno. (Brugué y Goma.1998)

Esta realidad es el resultado de las crisis que han ocurrido a nivel político: en los setenta la “crisis de la democracia”, donde el estado sufrió una sobrecarga de demandas sociales ante las cuales no pudo responder y de esta manera se deslegitimó su rol; en los noventa la “crisis de la democracia moderna” debido a la globalización y a los cambios en las estructuras estatales y en la sociedad que llevó a la “crisis de gobernabilidad”, que requirió nuevas formas de gobernar teniendo en cuenta dos aspectos: la legitimidad de los gobernantes y la forma en la que se producen las políticas. (Jouve. 2004)

Por un lado, se revitaliza lo local, y por otro, el municipio es el punto de condensación de la fragmentación social, de la protesta, de la crisis de mediaciones y de la falta de recursos y esto implica mayores responsabilidades y mayor presión para los gobiernos locales, donde deben dar respuestas más amplias, pero con los mismos recursos y sin las capacidades técnicas ni de gestión necesarias (García Delgado, 1997)

Esto se traduce en una crisis que incluye peligros y oportunidades, y que invita a reflexionar respecto a las formas de resolverla. Una de ellas puede ser la interacción entre la capacidad de gestión de los funcionarios municipales y las formas de participación de la comunidad (Arnoletto, E. y Beltran. E. 1997), dejando atrás formas obsoletas en las que el monopolio del poder y de las decisiones estaba en manos de los técnicos y políticos (Font 2004).

Respecto a la relación entre gobierno y comunidad, Jouve (2004) considera que los niveles locales son el lugar ideal para refundar el vínculo político entre ambos, basados en una agenda participativa centrada en políticas de empoderamiento de la comunidad: más en los ciudadanos que en los representantes políticos. La democracia participativa a nivel local es una forma de gobierno que puede dar solución a esta falta de confianza de la comunidad hacia el poder político y además fortalecer el capital social refundando lazos comunitarios de compromiso, generosidad, confianza, altruismo y de interés por lo colectivo más que por lo individual.

En un instrumento desarrollado por Arnoletto et al (2004), el Índice de desarrollo local para la gestión, que evalúa en forma integral el desarrollo de una localidad, en base a

8 componentes, uno de ellos es el **capital social**. El mismo tiene 4 principales características:

- El capital social es relacional: depende de las redes y relaciones entre los individuos
- Es situacional: esas relaciones pueden ser activos o pasivos según el contexto en el que se encuentren
- Es un recurso individual y colectivo de un grupo o comunidad, que permite conseguir otros recursos establecidos como objetivos y que sin el capital social serían inaccesibles o de muy alto costo.
- Es multidimensional, teniendo en cuenta la dimensión estructural (red de relaciones) y la cognitiva (valores y normas que facilitan la cooperación)

Teniendo en cuenta estas características, los autores señalan que una comunidad que posea capital social es una potencialidad para su desarrollo, al igual que el capital físico, financiero o humano. Y se preguntan si desde el Estado se pueden generar condiciones para desarrollarlo. Se responden que pueden hacerlo desde las dos dimensiones que lo componen: desde la estructural motivando la formación de redes y desde la cognitiva, con acciones que generen confianza entre los ciudadanos.

Otro de los componentes evaluados es la **participación política**. Los autores hacen referencia a la “intensidad del vínculo que une a los ciudadanos con la vida política de su comunidad”. Algunos autores exponían que participación política y desarrollo eran conceptos que se oponían. En la actualidad se describe que, cuanto mayor participación existe en una comunidad, es decir, cuanto más involucrados estén sus ciudadanos en la producción de sus políticas públicas, mayor será su compromiso con el bienestar colectivo y así, la posibilidad de éxito en su implementación.

Pero, Jouvé (2000) señala también que esta forma de gobierno participativa, al institucionalizarse, podría perder parte importante de sus fortalezas. El autor habla del riesgo de “cambiar todo para que nada cambie”. Es decir, que esta forma de gobierno se utilice para lo discursivo y que, en la práctica cotidiana, las implicancias que la participación comunitaria podrían impactar en la esfera política, no se transformen en realidades.

Para que los cambios ocurran, este cambio participativo en la democratización del sistema político debe incluir no sólo cambios en la relación de los referentes con los ciudadanos, sino especialmente, cambios internos en la administración pública, permitiendo que la comunidad ocupe un rol protagónico en la formación de las políticas y en el control de que los bienes y servicios públicos que se produzcan sean de excelencia. (Cunill Grau, 2004)

Este aspecto también está incluido en el Índice de Desarrollo Local para la Gestión descrito por Arnoletto et al (2004) en otro de sus componentes, la **capacidad institucional**. La misma incluye como uno de sus componentes la gestión asociada que tiene en cuenta la asociación del municipio con otros (otros municipios, provincia, nación, privados, ONG, asociaciones civiles, etc.).

En la misma línea, Repetto (2004) recuerda el concepto de “capacidad estatal” y hace referencia a las carencias de capacidades administrativas y políticas que existen en Latinoamérica. Al definir su concepto, refiere que capacidad estatal es la aptitud del gobierno para recibir, priorizar y responder las demandas expresadas como problemas públicos y de alcanzar el máximo valor social posible a través de políticas públicas.

A la vez, describe los “cómo” (sus calificativos) y los “por qué” (sus objetivos). Dentro de los primeros señala: coordinación (modo de interacción entre los organismos estatales), flexibilidad (posibilidad de adaptación al cambio), innovación (modificaciones o creaciones nuevas), calidad (satisfacción de las demandas, con transparencia y bajo estándares), sostenibilidad (perdurabilidad de las acciones públicas) y evaluabilidad (en base a objetivos y metas), eficiencia (asignación óptima de recursos), eficacia (logro de objetivos, más allá de los costos) y accountability (rendición de cuentas ante la sociedad y equilibrio de poder de los gobernantes). Y como objetivos hace referencia a dos: equidad pertinente (igualdad de oportunidades adecuado a las necesidades y buscando sus causas) y legitimidad (teniendo en cuenta los consensos básicos sobre el problema en cuestión).

Para poder lograr estos objetivos y dar estos calificativos a la capacidad estatal, es necesario trabajar sobre las capacidades de los actores concretos (sus intereses,

ideologías y recursos de poder). El autor refiere que para poder avanzar en la capacidad estatal de un gobierno hay que trabajar sobre los dos subtipos de capacidades que la componen: administrativa y política.

La capacidad administrativa hace referencia a los cuadros técnicos burocráticos y el autor relata que lograr que estos roles se ocupen con calidad (esto implica recursos humanos expertos y en base al mérito, procedimientos claros e incentivos) permite la “coherencia interna”, es decir, la eficacia burocrática. Para alcanzar este fin, es necesario construir o reconstruir (según sea cada caso particular) las capacidades técnico-administrativas. Y una de esas facultades es la que corresponde a la planificación. Matus (1987) al respecto compartía la importancia de reformar los sistemas de planificación, modernizar las técnicas de gobierno y transformar la cultura política, para que los planes de gobiernos se conviertan en acciones e incidan en los problemas de la gente. También explicaba la importancia de crear líderes capaces de articular la micropolítica con la gran política, de amoldar las organizaciones públicas a las necesidades de la acción de gobierno y la participación ciudadana.

La capacidad política según refiere Repetto (2004) es la facultad de los gobernantes para “problematizar” las demandas de la población, tomando decisiones que los representen. Se asocia a los recursos de poder, representados por las elites estatales del gobierno, lo que denomina “la cosa pública”, influenciados por otras fuentes de poder (estatales, civiles, internacionales) que luchan por dar dirección a la intervención del Estado. A esta capacidad se la denomina “conectividad externa” que unida a la “coherencia interna” (propuesto por Evans) forman la “autonomía enraizada”, necesaria para poder transformar la capacidad estatal.

Pero, ante estas crisis de gobernabilidad y déficit de capacidad estatal, siempre existe una “ventana de oportunidad”, la posibilidad de “lograr cambios de punto focal” como expresa Repetto (2004) haciendo referencia a Lánzara y que, estos pequeños cambios, sean el pivote para lograr mayores cambios institucionales. Es la potencialidad de “aportar nuestro granito de arena”, como refiere el saber popular.

El primer paso para lograrlo, es buscar de manera comprometida el recurso humano que comparta la misma finalidad. Además, es preciso lograr una transformación de la sociedad en su conjunto para poder lograr transformar el Estado.

Esta transformación debe tener como base la sensibilización de los actores claves en cada localidad respecto a lo que cada uno considera vejez y sus mitos.

“Una versión catastrofista del envejecimiento y de la vejez anima poco a reconocer la diversidad que caracteriza esa etapa vital y en cambio favorece que se establezcan barreras en relación con las personas mayores, y por ende barreras para las personas mayores”, señala Perez Salanova (2001) al referirse a la participación en relación a las políticas para las personas mayores.

Otra cuestión importante es la **transversalidad**, para que la participación de las personas mayores no quede circunscripta a los “temas de los mayores”, relata el Libro Blanco sobre Envejecimiento Activo (2011). Esto se convalida con el proyecto denominado “Diseño para todos” expuesto por Perez Salanova (2001) que propone mejoras de la accesibilidad, así como lo hizo el lema “Una sociedad para todas las edades”, preconizado por Naciones Unidas en 1999.

Participación social y política de las personas mayores

Respecto a la participación, Font (2004) señala que hay que tener en cuenta diferentes puntos:

- Que el perfil del ciudadano ya no puede dualizarse entre interesado/desinteresado por la política, ahora son “temáticos”. Esto significa que están muy informados sobre determinados temas de su interés y escasamente informados por el resto. Estos “públicos temáticos” pueden ser de gran ayuda a los políticos y técnicos a la hora de producir políticas públicas en cada uno de los temas de agenda.
- Que existen factores a ser tenidos en cuenta, desde el punto de vista de los ciudadanos, para la participación: tiempo, educación, acceso a la información, capacidad de comprensión de las políticas públicas, interés, placer por participar, etc.
- Que la desigual intensidad de la participación es una realidad que se repite en las comunidades: hay grupos muy activos y otros muy pasivos. Esto se traduce en desigualdades políticas.
- Que hay formas de mejorar la participación comunitaria: reforzando a las asociaciones, buscando la contribución de ciudadanos que no estén incluidos en las asociaciones, potenciar una cultura participativa desde los ámbitos

educativos y los medios de comunicación, así como a través de mecanismos de consulta ciudadana.

Entonces, llevando el tema de la participación a la calidad de vida de las personas mayores, ¿en qué medida la participación puede favorecer la adaptación de nuestra sociedad al envejecimiento? es la pregunta que se hace Perez Salanova (2001).

La autora señala que el envejecimiento es el resultado de cambios, está inmerso en contextos que cambian y a la vez es generador de cambios.

Uno de los cambios que se deben realizar relacionados a la participación de las personas mayores, es agregar a los que no presentan autonomía funcional, entendiendo que siguen siendo autónomos (sujetos). Esta incorporación permite que los “adultos frágiles” con discapacidad puedan incorporar nuevos enfoques y con ellos nuevas prácticas a las ya establecidas por los “viejos jóvenes” con autonomía funcional, y esto proporciona una visión integral de las personas mayores (la autora hace referencia a un “continuo” que incluye a todos, más allá de sus capacidades individuales). Para las personas mayores, como para cualquier ciudadano, participar es el resultado de una elección y para poder realizarla es preciso contar con incentivos y también con oportunidades, ya sea para las personas con autonomía funcional o sin ella. (IMERSO. 2011)

El Libro Blanco del Envejecimiento (2011) refiere que un criterio clave al momento de revisar la participación social de las personas mayores es la diversidad, desechando las rutinas mentales uniformadoras y acercándose a la pluralidad (de situaciones, intereses, experiencias del ciclo vital).

Relacionado al último punto de los factores contextuales que influyen en participación de los mayores, es sustancial mencionar que las “voces de los mayores” deben ser escuchadas directamente por las personas (profesionales o no) que se encuentran a su lado, no permitiendo que otros hablen por ellos y cambiando el paradigma de “cuidados” por el de “acompañamiento”. (Perez Salanova, 2016)

Para poder escuchar sus voces, Perez Salanova (2016) refiere que es necesario que en las interacciones que existan entre profesionales/técnicos y las personas mayores, exista un clima de comunicación y escucha de todos los tipos de palabra, que no se trate de encasillarlas en formularios preestablecidos y que, quien escucha, entienda el contexto personal del adulto mayor que se expresa.

Las personas mayores le otorgan mucha importancia a ser tratadas de manera integral, al contrario de la “sordera” que en ocasiones aparece en las personas o instituciones que cuidan a las personas mayores, relata por la autora al referirse a Mannoni.

“Cuando se reduce a las personas mayores a ser objetos de cuidado se desacredita su experiencia sobre el envejecimiento, se les expropia su envejecimiento” postula Perez Salanova al hacer referencia a Argoud y Puijalon. Frente a esto, la escucha legitima el envejecimiento, se los reconoce como sujetos de derecho. La comunicación es la manera de reconocer al otro: integra, independiza y autonomiza, al silenciar a las personas mayores se los hace desaparecer de la escena social, según relata la autora. Esta singularidad muchas veces no es tomada en cuenta en la “biomedicalización” de la vejez, en la que se fragmenta la realidad del adulto mayor, se pierde de vista la escucha de lo que sienten y no se da importancia a lo vincular. La infantilización de las personas mayores es otro concepto que implica tratar a la persona mayor como a un niño, limitando su capacidad de autonomía, según ANSES (2017)

Enfrentado al concepto de infantilización de la vejez se encuentra la lógica del **empoderamiento** que busca desarrollar y mejorar la capacidad de elegir y de actuar, admitiendo que para que esto se logre debe existir un refuerzo de la autoestima y la concienciación crítica colectiva, refiere el Libro Blanco sobre Envejecimiento Activo (2011). Para que esto ocurra debe existir confianza en las personas y en la comunidad y un reconocimiento y apoyo de sus capacidades. Implica un trabajo intersectorial y un compromiso de cooperación de los profesionales involucrados, y que acepten la importancia de los aportes de expertos y no expertos.

Para que la participación sea efectiva, (Libro Blanco sobre Envejecimiento Activo, 2011) recomienda que las actividades deben cumplir algunos requisitos: su duración debe permitir el vínculo entre los participantes y el desarrollo de un sentimiento de pertenencia; las estrategias de convocatoria deben ser innovadoras y motivadoras; las actividades deben ofrecer roles activos a las personas mayores que participen y que reconozcan sus intereses y sus identidades; que formen parte de procesos de decisión de las organizaciones.

Pero, según Perez Salanova (2016) la participación de las personas mayores en la formulación de políticas es muy escasa y según Majón-Valpuesta et al (2016) está

influida por el nivel de su capital social, sus recursos financieros y especialmente sus logros educativos. Perez Salanova (2016) señala que las personas mayores participan predominantemente en el espacio privado y como consumidores, no en los procesos de decisión colectiva.

Relata una experiencia en el Reino Unido: el programa “Better Government for Older People” que favorece la participación de las personas mayores en las decisiones públicas, con un enfoque holístico en el que son concebidas como ciudadanos activos con capacidad de aportar a sus comunidades. Esto se relaciona con el principio por ellos defendido y expuesto por la autora: “Nada para nosotros sin nosotros” en el que promulgan la importancia de su implicación en todos los temas que les conciernen.

Cabe mencionar en esta instancia un apartado especial a los denominados “baby boomers”, una generación numerosa, cuyo estudio se considera básico para la comprensión de las futuras subjetividades sobre el envejecimiento, relatan Majón-Valpuesta et al (2016). En Argentina son los adultos que hoy tienen entre 50 y 65 años y que corresponden a un evento demográfico de aumento de nacimientos en los países occidentales.

“Dada su proximidad a la jubilación, el análisis de este grupo de personas resulta clave en la comprensión de los actuales y futuros procesos de envejecimiento, por la amplitud de efectivos y por la incidencia de un contexto socio-histórico determinado”, “comparten una historia social y cultural, cuyas experiencias y eventos afectan distintivamente en sus actitudes y comportamientos durante todo el ciclo vital” señalan los autores Majón-Valpuesta et al (2016). Al enfrentarse al envejecimiento, los baby boomers muestran un rechazo por estar al margen de la sociedad y un deseo de querer estar “en acción”, por seguir “siendo jóvenes”. Más allá de estas características comunes, cabe mencionar que la homogeneización de este grupo sería un error, ya que existe un amplio espectro de realidades que hacen muy heterogénea a esta generación.

Estas particularidades de esta generación implicarán un cambio en la orientación de las políticas públicas destinadas a las personas mayores, en donde sin lugar a dudas serán protagonistas en las decisiones políticas destinadas a mejorar la calidad de vida de su grupo etáreo.

Definición y elaboración de políticas públicas

Las políticas sociales pueden interpretarse según Repetto y Chudnovsky (2009) “como aquel conjunto de decisiones y acciones del Estado que se orientan en gran medida (aunque no exclusivamente) en prevenir, reducir y eventualmente tratar el riesgo social”. Según los autores, el objetivo de las mismas es lograr sociedades más integradas y promotoras de movilidad social ascendente y la manera de implementarlas es disminuyendo las desigualdades entre los ciudadanos desde la perspectiva de su bienestar.

El ciclo secuencial de las políticas públicas es un marco de referencia que tiene como objetivo ayudar a la toma de decisiones, es una guía para el análisis de un proceso que no es lineal. (Fernández Arroyo, N. y Schejtman, L. 2012)

Las etapas pueden superponerse, anticiparse o retrasarse, y constituir eventos no sucesivos e inseparables. Aunque en la literatura específica pueden encontrarse más o menos etapas, en términos generales éstas son:

La identificación del problema y la toma de decisión.

Corresponde al diagnóstico situacional, que incluye el relevamiento y análisis de los datos, la determinación de los problemas significativos y la definición de prioridades para Arnoletto, E. y Beltran. E. (1997). Se analizan los factores contextuales que forman el escenario del problema, así como también sus principales características, sus causas y sus consecuencias. (Fernández Arroyo, N. y Schejtman, L. 2012). La identificación de una situación problemática se inicia con el reconocimiento de una tensión entre la situación social que se está observando o viviendo (“lo que es”) y la que consideramos que “debe ser” (y puede ser) la situación en el futuro. (Wilner, A. y Mokate, K.)

Los problemas pueden surgir de diferentes actores de la comunidad o de las esferas gubernamentales, pero para que se conviertan en problemas a ser abordados políticamente deben ser parte de la agenda pública (esto significa que ha sido problematizado por la sociedad, según su sistema de creencias y valores). (Fernández Arroyo, N. y Schejtman, L. 2012).

Luego sigue la negociación entre las alternativas de solución y la toma de decisiones. Aquí se observa la dimensión de estilo en la fase de negociación (observa actitudes, disposiciones y estrategias de los actores) y la dimensión sustantiva en el proceso de toma de decisiones (opciones alternativas de fondo). (Brugué y Goma. 1998)

El diseño y la formulación de la política pública.

Con el planteamiento de objetivos y metas se planifican las acciones de gobierno teniendo como punto de partida el diagnóstico sobre el problema en cuestión y cuyo destino sea la resolución del mismo. En esta etapa de formulación de políticas, se definen los objetivos y las estrategias que se prevén ejecutar para alcanzar un fin determinado, sobre la base de la asignación de recursos, tiempos y responsabilidades. Así como se debe priorizar el problema a abordar, también en esta etapa, se debe priorizar el curso de acción o los cursos de acción a implementar, luego del análisis de las fortalezas y debilidades de la institución y de las oportunidades y amenazas del entorno. Fernández Arroyo, N. y Schejtman, L. (2012).

La implementación.

Es el momento en el que la formulación se transforma en acciones concretas de gobierno, cuando las ideas se transforman en realidad a través del plan operativo. Esta etapa incluye seguir paso a paso ese plan y también adaptarlo al contexto real.

El monitoreo y la evaluación.

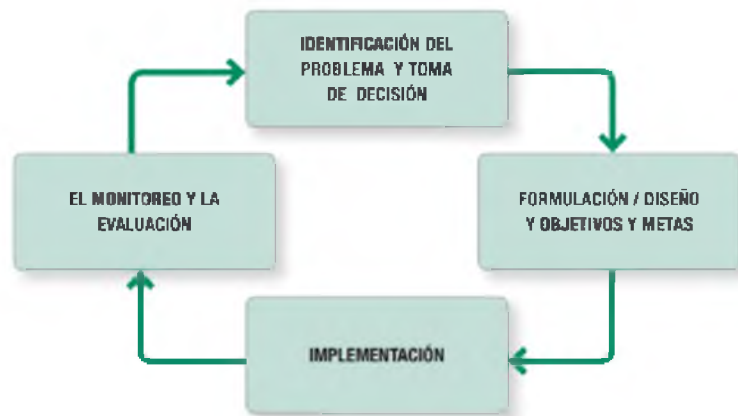
Esta etapa es transversal a todas las demás, acompaña cada una de las fases descritas con anterioridad. Permite, a través de indicadores, conocer el impacto de lo planificado y realizar los ajustes que surjan necesarios. (Fernández Arroyo, N. y Schejtman, L. 2012).

Esta última etapa comprende la conducción de la ejecución de políticas (coordinación de los equipos ejecutores, decisiones correctivas, ajuste de objetivos), la evaluación de políticas (de proyectos en curso o terminados: evaluación de medios, de resultados en relación a los objetivos; de impacto; de eficiencia según los recursos económicos invertidos; de satisfacción en la población) y el análisis – aprendizaje (se estudia la experiencia vivida en el proceso de planificación y ejecución, con miras a incrementar la futura capacidad de planificar y ejecutar). (Arnoletto, E. y Beltran. E. 1997)

La importancia de la etapa de monitoreo y evaluación suele desestimarse, pero es vital para verificar el cumplimiento de las metas o realizar ajustes y modificaciones necesarios en caso de que los resultados no sean los previstos. (Gráfico 4).

Gráfico 4: Ciclo secuencial de las políticas públicas

Fuente: Fernández Arroyo, N. y Schejtman, L. (2012)



Todo este proceso transcurre en paralelo con la interacción de los actores políticos, cada uno con sus intereses, ideas y valores, con determinados y variantes recursos de poder y bajo reglas de juego no siempre institucionalizadas.

Respecto a los actores, Repetto y Chudnovsky (2009) señalan: que pueden ser estatales, del régimen político, privados, de los medios de comunicación, sindicatos y otros miembros de la sociedad civil; que los escenarios donde actúan pueden ser formales (gabinetes, asambleas legislativas) o informales (la calle) y que dichas interacciones se dan bajo determinadas reglas de juego (sistema de instituciones públicas).

Los municipios son los primeros en recibir las múltiples demandas de la comunidad y deben satisfacerlas en un contexto de escasos recursos económicos, tecnológicos y humanos, por lo que se vuelve cada vez más necesario incorporar metodologías que les permitan emprender iniciativas eficientes, efectivas y coherentes. (Fernández Arroyo, N. y Schejtman, L. 2012)

Arnoletto, E. y Beltran. E. (1997) refieren que la POLÍTICA con mayúscula es una actividad al servicio del hombre, de la construcción y de la transformación ordenada del mundo, pero para poder realizar estas actividades, los funcionarios ejecutivos municipales requieren las siguientes aptitudes: capacidad para el análisis político,

capacidad de planeamiento, capacidad de construcción de consensos y de decisión y capacidad de liderar equipos interdisciplinarios. Además, son absolutamente necesarias habilidades y conocimientos relacionados a la gestión política y pública. Los mismos autores consideran que, el principal requisito que debe cumplir todo funcionario municipal, es la idoneidad. La misma incluye la honestidad cívica (trayectoria) y la capacitación técnica para su rol administrativo (planificar el futuro, organizar el sistema, gestionar el personal, gobernar las actividades y controlar sus resultados) y de gestión de políticas (diagnosticar situaciones, diseñar y planificar políticas, conducir procesos de toma de decisión y de ejecución de proyectos, y evaluar los resultados de las políticas cumplidas, con miras al análisis-aprendizaje a largo plazo de la organización municipal). Esto implica incorporar el concepto de CALIDAD a la gestión política, que consiste en satisfacer los requerimientos y expectativas de los ciudadanos (no de manera individual, sino colectiva). Para ello es preciso unir los dos tipos de saberes (político-técnico y popular) en una tarea conjunta. Y en este proceso de dotar de calidad y de participación comunitaria a la gestión política, Arroyo, D. (2016) invita a repensar lo social, recuperar enfoques locales y comunitarios, incorporar estilos de vida saludables, vencer ambientes insalubres y desarrollar servicios adecuados a las necesidades de la población. Propone **“un nuevo enfoque de desarrollo familiar integral, integrador, intergeneracional, interdisciplinario e intersectorial, como eje transversal de una segunda generación de políticas sociales que tengan como objetivo brindar una base para el desarrollo humano, familiar y social”** y que sean **específicas según la necesidad**.

Planificación estratégica

Al menos en el sector público la planificación es, en el presente, el más estructurado y profesionalizado modo de formulación de políticas. (Rovere, M. 1997)

La planificación estratégica es un proceso que se da a lo largo de todo el ciclo de las políticas públicas y lo atraviesa en cada una de sus etapas (Fernández Arroyo, N. y Schejtman, L. 2012), y se habla de “ciclo” por ser un proceso continuo que tiende a la mejora continua.

La planificación estratégica es una herramienta útil para construir viabilidad cuando los objetivos que se plantean no son viables por sí mismos, pero son necesarios para la comunidad. (Rovere, M. 1997)

Se propone una planificación estratégica comprometida con la generación de resultados., participativa y democrática (co-gestión o gestión en el contexto de colectivos) (Wilner, A. y Mokate, K.)

Para lograr producir políticas sociales con este nuevo enfoque, es importante incorporar herramientas de planificación, sobre todo cuando se pretende identificar prioridades y asignar recursos escasos en el ámbito municipal, en contexto de cambios permanentes en el que priman las urgencias y donde la relación entre las áreas estatales y los ciudadanos es cotidiana y muy cercana. “Si bien puede presentarse como un gran reto para los municipios, la planificación estratégica de políticas sociales puede considerarse como una gran inversión pública, porque permite institucionalizar procedimientos y desarrollar tecnologías que puedan ser traducidas en prácticas de gestión descentralizadas que brinden capacidades para hacer frente a circunstancias no previstas” (Fernández Arroyo y Schejtman.2012)

Matus explicaba que “la planificación es un cálculo que precede y preside la acción para crear el futuro, no para predecirlo”. Relataba que quien planifica influye sobre los resultados futuros, aunque no controla totalmente los resultados de su acción y hacía hincapié en la planificación como herramienta de libertad ya que permite escoger el camino a recorrer. (Huerta, 1993)

Si bien la planificación propone la construcción de una imagen en el futuro, es una herramienta para la gestión del presente, ya que nos permite orientar las acciones del cotidiano con el objetivo de acercarnos cada día más a lo deseado. (Wilner y Mokate). Matus es considerado el padre de la Planificación Estratégica Situacional, que considera varios actores en un juego de conflicto y cooperación, pero (a diferencia de la planificación estratégica corporativa, la de las empresas) los actores son partidos políticos, gobernantes o dirigentes de organizaciones públicas, empresariales y sindicales. Está diseñada para servir a los dirigentes políticos en el gobierno o en la oposición y su tema son los problemas públicos. Este tipo de planificación también es aplicable a cualquier organismo cuyo centro de juego no es exclusivamente el mercado, sino las áreas políticas, económicas y sociales. (Huertas, F. 1993)

La planificación estratégica es una herramienta reactiva (que permite la adecuación al cambio) y proactiva (que propone e impulsa cambios). (Burgwall y Cuellar, 1999). Los autores detallan que el uso de estrategias trae múltiples beneficios:

- Está orientada a los objetivos
- Anticipa dificultades
- Detecta necesidades
- Reduce errores
- Disminuye la improvisación
- Aumenta la probabilidad de éxito

Otras ventajas de la planificación:

- Establece prioridades para la implementación y torna más eficiente el uso de los recursos y permite la asignación de responsables además de la realización de cronogramas que incluyan metas (Fernández Arroyo y Schejtman, 2012)

- Permite realizar el proceso de monitoreo y evaluación, para poder realizar cambios y conocer los efectos de lo implementado en la sociedad. (Fernández Arroyo y Schejtman, 2012)

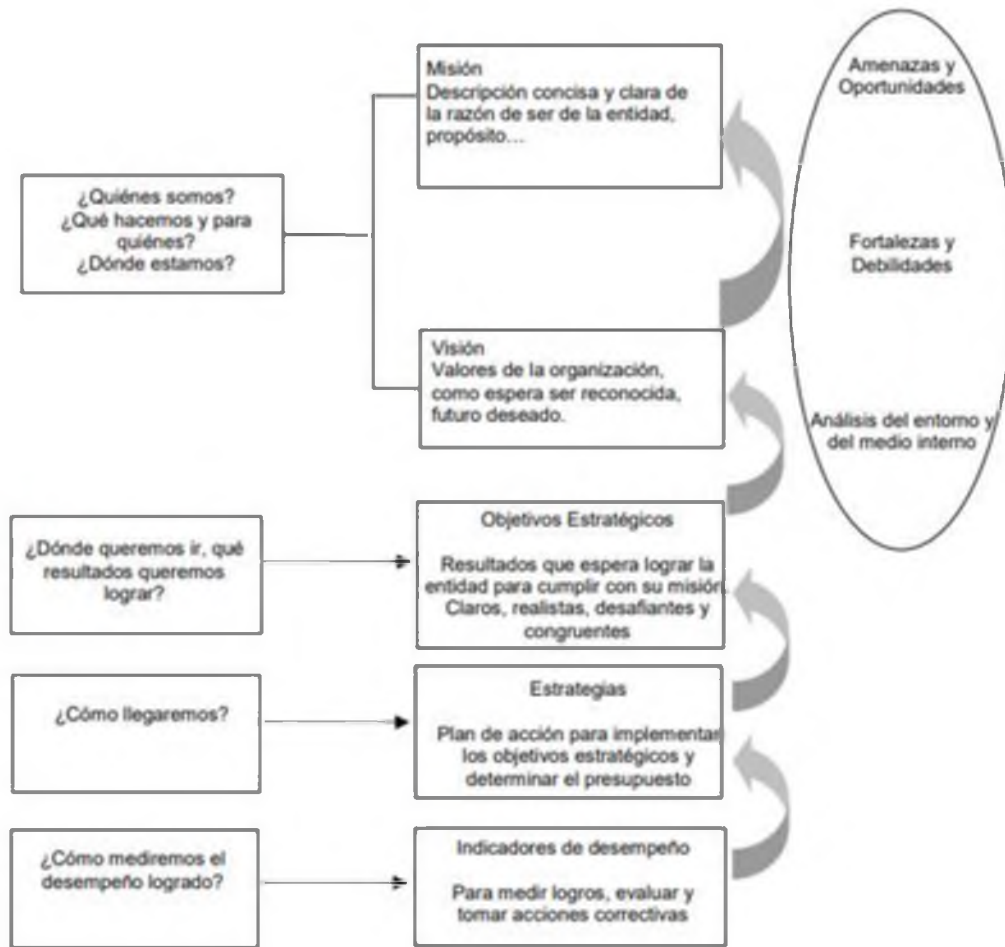
- Fortalece al actor social que está interviniendo en la situación (lo organiza, lo integra con otros actores sociales, define y fortalece su ideología y sus intereses), lo que a su vez contribuye a la viabilización del plan. (Wilner y Mokate)

Para el proceso de producción de políticas públicas, se propone la planificación estratégica (Gráfico 5) como herramienta para la toma de decisiones que permitan lograr una gestión eficaz, eficiente y de calidad, comprometida con los resultados (bienestar de la comunidad) y centrada en las necesidades de los usuarios. Consiste en detectar brechas entre la situación actual y la deseada, formular objetivos priorizados establecer estrategias para alcanzarlos, poner en marcha esas acciones (planificación operativa) y retroalimentarse de manera continua (Armijo, 2011).

Calidad de Vida de las Personas Mayores

Una herramienta de gestión orientada a la acción política local

Gráfico 5: Fases del proceso de planificación estratégica.



Fuente: Armijo, M. (2011).

También es fundamental, para poder lograrla, acercar a los equipos técnico-profesionales con el resto de los ciudadanos, de tal forma que el plan involucre a toda la ciudadanía (Fernandez Güell, 2006)

Esta participación de actores críticos externos implica posibles innovaciones que pueden sugerir cambios en la estructura y el funcionamiento tradicional del modelo burocrático que generalmente está presente en los gobiernos municipales (Iglesias Alonso, 2010)

Más allá de todos los aspectos positivos de la incorporación de la planificación estratégica como herramienta de gestión política en los gobiernos locales, se observan fracasos en la falta de liderazgo al implantar las estrategias, la resistencia de la burocracia a interactuar con otros actores y la dificultad para tomar decisiones ante la opinión de los protagonistas externos a la organización municipal. Así, muchos

planes nunca llegan a implantarse. Además de la implantación, también la evaluación es necesaria e importante ya que al incluir múltiples actores el proceso de planificación, es necesario conocer los resultados logrados, y además para la transparencia en la rendición de cuentas de las acciones políticas (Iglesias Alonso, 2010). El caso puntual al que hace referencia el mismo autor es un municipio de España, cuyo plan estratégico presenta una doble legitimación (aspectos que aconseja para lograr el éxito del mismo): una anterior al diseño del plan a través de la participación de los representantes de los intereses de la comunidad y otra en la etapa de implementación, realizando lo planificado y difundiendo las acciones.

Los calificativos que se sugieren para el plan son: que toda la comunidad lo considere útil, que sea realista, que esté administrado profesionalmente, que se interactúe, se le de participación y se comunique a la comunidad en forma continua, que tenga un alto nivel de implantación (lo cual genera un clima de confianza) y por último, que se promueva la cooperación entre todos los actores de la comunidad para generar sinergia. Una buena planificación estratégica se convierte también en una **herramienta de pedagogía** para la cooperación y la solidaridad territorial, ya que el propio proceso de elaboración es más importante que los resultados alcanzados y también legitima o relegitima la relación de estos actores con la institución municipal (Iglesias Alonso, 2010).

Lo planificado estratégicamente llega a la ejecución a través de una **planificación operativa**, que permite actuar sobre las causas de los objetivos y relacionarlas con los medios, tiempos y recursos para alcanzarlos. Pero es importante que estas planificaciones operativas tengan de respaldo la planificación estratégica para que no se conviertan en acciones aisladas, sin articulación ni sostenibilidad política. (Fernández Arroyo y Schejtman, 2012).

Como uno de los pasos importantes de la planificación hay que mencionar el **análisis FODA**, que permita detectar las fortalezas y debilidades (internas) para enfrentar las oportunidades y amenazas (externas). En este punto, es fundamental conocer los recursos disponibles (que incluye el presupuesto), para ver si con ellos es posible cumplir los objetivos en el plazo establecido. (Fernández Arroyo y Schejtman, 2012).

La planificación estratégica además es **articuladora** en el espacio local de las políticas de otros niveles gubernamentales y con otras instituciones no gubernamentales, empresas, etc. en el territorio (Fernández Arroyo y Schejtman, 2012). Se plantea el concepto de redes de planificación, como nodos autónomos conectados que planifican, como oposición a lo jerárquico de las organizaciones y como imagen de reconstrucción de la solidaridad comunitaria. (Rovere, 1997)

MARCO INSTITUCIONAL

Organización responsable del proyecto:

Dirección Provincial de Políticas para Las personas mayores, Secretaría de Familia, Ministerio de Trabajo, Desarrollo Social y Seguridad de Neuquén. La Dirección Provincial de Políticas para Las personas mayores tiene como objetivo general “mejorar la calidad de vida de las personas mayores neuquinos en todo el territorio provincial”. Cuenta con 4 Direcciones Generales:

- Dirección de Articulación Interinstitucional.
- Dirección de Atención Integral.
- Dirección de Instituciones.
- Consejo Provincial de Las personas mayores.

Instalaciones / recursos

Funciona dentro del edificio correspondiente a la Secretaría de Familia, en la calle Remigio Bosch y Planas de la ciudad de Neuquén. Cuenta con un staff de 30 profesionales y 40 administrativos.

Políticas y prioridades

Las políticas de la Dirección están relacionadas a la prevención, promoción de derechos, asistencia y rehabilitación social de las personas mayores que habitan en la provincia de Neuquén que presentan algún grado de vulnerabilidad (social, económica y física).

FINALIDAD E IMPACTO

Impacto

El impacto esperado del presente proyecto coincide con el objetivo principal de una de las áreas de la Dirección Provincial, el Consejo Provincial de Las personas mayores, el cual es **“que el diseño y la implementación de políticas/programas/actividades destinadas a las personas mayores neuquinos estén basados en un diagnóstico local de sus necesidades”, y que las personas mayores sean protagonistas del proceso.**

Finalidad

Mejorar la calidad de vida de las personas mayores de Neuquén en cada municipio de la provincia de Neuquén.

OBJETIVOS Y PROPÓSITOS

Propósito:

Producir Políticas Públicas locales para Las personas mayores basadas en sus necesidades y con el enfoque de derechos.

Objetivos:

Se detallan en Tabla 2.

OBJETIVO GENERAL

Fortalecer a las instituciones locales en la producción de Políticas Públicas participativas, destinadas a las personas mayores y con enfoque de derechos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A) Sensibilizar a los funcionarios locales sobre el envejecimiento, la calidad de vida y el enfoque de derechos; y capacitarlos en planificación estratégica.
- B) Aumentar la capacidad institucional de los gobiernos municipales y mejorar sus capacidades técnicas.
- C) Empoderar a las personas mayores de cada localidad de la provincia de Neuquén.

Calidad de Vida de las Personas Mayores

Una herramienta de gestión orientada a la acción política local

D) Diseñar una herramienta de diagnóstico de situación de las personas mayores a nivel provincial.

Tabla 2: Árbol de objetivos en base al árbol del problema

| | ARBOL DE OBJETIVOS | ARBOL PROBLEMA | | |
|-----------------------|---|---|--|-----------------------|
| FIN | Mejorar la calidad de vida de las personas mayores de Nqn en cada municipio de la provincia de Neuquén. | Mala calidad de vida de las personas mayores: pobreza-soledad-mala salud- etc | Consecuencias finales | RAMAS/ CONSE-CUENCIAS |
| | | Superposición, fragmentación, no optimización o ineficiencia en la asignación de recursos, inequidad (no llegan a los grupos vulnerables), baja cobertura, etc. | Consecuencias inmediatas | |
| PROPÓSITO | Producir Políticas Públicas locales para Las personas mayores basadas en sus necesidades y con el enfoque de derechos | Existencia de Políticas Públicas para Las personas mayores no acordes a las necesidades | PROBLEMA | |
| OBJETIVO GRAL | Fortalecer a las instituciones locales en la producción de Políticas Públicas participativas con enfoque de derechos | | | |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | A) Sensibilizar a los funcionarios locales sobre el envejecimiento, la calidad de vida y el enfoque de derechos; y capacitarlos en planificación estratégica. | Los funcionarios políticos locales cuentan con un estereotipo de vejez negativo, tienen insuficiente formación académica en gestión política, hay escasa oferta de educación en este tema (político y AM), los planificadores son pocos y se encuentran en áreas centrales, planifican de manera rígida para que sea más fácil su implementación en los niveles locales (desconociendo las distintas realidades). | Políticas: desinterés, no presencia en la agenda, planificaciones desde los niveles macro políticos y de manera rígida que no permiten adecuaciones. | |
| | B) Aumentar la capacidad institucional de los gobiernos municipales y mejorar sus capacidades técnicas. | Personal con bajos salarios, la institución municipal tiene bajo prestigio, historia de cumplir un rol administrativo y exclusivamente ejecutor, falta de continuidad de los equipos técnicos debido a los cambios de gestión. | Técnicas: baja disponibilidad de equipos profesionales con herramientas técnicas que permitan el diseño/adaptación de las Políticas Públicas en los niveles locales. | |
| | D) Diseñar una herramienta de diagnóstico de situación de las personas mayores a nivel provincial. | Dificultad para relevar el diagnóstico de situación de las personas mayores a nivel provincial. | | |
| | | | RAICES/ CAUSAS | |

Calidad de Vida de las Personas Mayores

Una herramienta de gestión orientada a la acción política local

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | C) Empoderar a las personas mayores de cada localidad de la provincia de Neuquén | La no aceptación de la sociedad a lo diferente y el miedo a la muerte; las barreras de las personas mayores para reinsertarse en el mercado laboral post-jubilación; la baja participación social de las personas mayores se fundamenta en su alta comorbilidad (causada por malos hábitos y escaso acceso a la salud durante el transcurso de su vida), discriminación en mujeres, bajo nivel educativo, historia de vida bajo gobiernos no democráticos en donde la participación comunitaria no era posible (visión que quienes reclaman son grupos que no quieren adaptarse a las reglas de la sociedad y que acaban mal) | Sociales: desinterés, desigualdades, baja participación social | |
|--|--|---|---|--|

Fuente: elaboración propia.

COMPONENTES O PRODUCTOS

- Jornadas de sensibilización y difusión realizadas.
- Capacitaciones y talleres realizados
- Cartas de intención enviadas
- Equipos de trabajo locales conformados
- Herramienta de diagnóstico diseñada y probada
- Encuestas realizadas a personas mayores
- Entrevistas realizadas a actores de la comunidad
- Grupos focales realizados con personas mayores y con cuidadores
- Plan operativo diseñado de cada localidad
- Reuniones de expertos realizadas

BENEFICIARIOS

Destinatarios directos:

Funcionarios y técnicos a cargo de programas o actividades destinadas a las personas mayores de las diferentes localidades de la provincia de Neuquén, personas mayores interesadas en la participación política y referentes de instituciones no gubernamentales.

Destinatarios indirectos:

Todas las personas mayores de 60 años que viven en la provincia de Neuquén (54.813 personas según Censo 2010).

LOCALIZACIÓN

Provincia de Neuquén. Localidades interesadas en la calidad de vida de las personas mayores.

3. MÉTODOS Y TÉCNICAS A UTILIZAR

- Para alcanzar los objetivos A) y B) se proponen las siguientes actividades:

Actividad N° 1. Jornadas de sensibilización, difusión del proyecto y registro de los municipios interesados

Para comenzar con la implementación del proyecto de intervención, se propone la realización de jornadas (una por cada zona geográfica de la provincia de Neuquén: norte, centro, sur y capital a cargo del equipo de la Dirección Provincial de Políticas para Adultos mayores) destinadas a los intendentes y referentes de áreas relacionadas a las personas mayores en cada localidad.

En las mismas se realizará un taller de sensibilización sobre la importancia política de abordar de manera integral la temática de las personas mayores desde los gobiernos locales e incluirla en sus agendas de gestión. Luego se expondrá el presente proyecto de intervención (sus fundamentos, sus objetivos y la metodología que se propone). Al finalizar la jornada, se registrarán a los municipios que tengan interés en su implementación y se coordinará con su referente una fecha para dar comienzo al mismo.

Actividad N° 2. Envío de la carta de intención con designación del referente local.

El compromiso político se evidencia en una carta de intención del intendente y en la designación en la misma del responsable del área que, a nivel local, encabezará el proceso y coordinará el equipo de trabajo. La persona designada debe tener experiencia y sentirse motivada para trabajar con las personas mayores, estos dos son requisitos indispensables. En un segundo plano se encuentra su capacitación gerontológica.

Se adjunta modelo de carta de intención dirigida a la Dirección Provincial de Políticas para adultos mayores. Anexo 2.

Este primer paso se asienta en lo descrito por Ander-Egg (2007) en su libro “Introducción a la planificación estratégica”, donde señala que “la planificación es letra muerta si no existe la voluntad política de realizar lo que se planifica”.

Esta “carta de intención” tiene un segundo objetivo, además del explícito, que es fortalecer la capacidad institucional del gobierno local a través de la asociación con el nivel provincial y que se seguirá fortaleciendo al incorporar al equipo de trabajo miembros de otras instituciones locales.

Actividad N° 3. Conformación del equipo local (interdisciplinario y con las personas mayores).

Grupo de responsables: se procederá al armado de un grupo mínimo de 4 personas, interdisciplinario: trabajador social, psicólogo, enfermero y administrativo quienes serán los que llevarán adelante el proceso. Este grupo mínimo estará formado por personas relacionadas laboralmente con el Estado. Puede acotarse a un administrativo y un trabajador social (en caso de localidades muy pequeñas) y puede ampliarse con concejales, personal del juzgado, defensor del pueblo, ONG, médicos, particulares interesados en la temática, etc. A este grupo de profesionales/no profesionales, se le agregarán al menos 3 personas mayores de la comunidad interesados en colaborar. La búsqueda de ellos será a través de visitas a los grupos formados y de visitas a las salas de espera de los servicios de salud de la localidad. Estos dos tipos de lugares se corresponden con dos estilos de las personas mayores: los más activos, que participan en forma continua en actividades sociales y, los menos

activos, que debido a cuestiones de salud, se encuentran con menos redes sociales (esto como una generalidad, ya que en ambos sitios, los grupos serán heterogéneos). Es fundamental su incorporación para lograr el empoderamiento de este grupo a través de la escucha directa de “sus voces”. Esto influye de manera bidireccional: en el trabajo comunitario que se realice, ya que aportarán con sus conocimientos, experiencias y puntos de vista y en ellos mismos, el mejorar su autonomía y su autoestima a través de las relaciones sociales que se enriquecen con su participación.

Este grupo, al estar formado por personal con relación de dependencia del estado y voluntarios (personas de la sociedad interesadas en participar) deberá tener en cuenta la diversidad de las personas mayores en cada comunidad y sus factores personales, contextuales y estructurales, que van a influir en el proceso, así como también, adaptar los horarios de encuentro a las personas mayores, siendo coherente con el eje de su protagonismo en la participación política que se describe en todo el proyecto de intervención.

Este grupo deberá comenzar, como primer paso de la planificación estratégica, por transformarse en un equipo de trabajo. Para lograrlo deberán comenzar por preguntarse su **misión** (su razón de ser), definida por su actividad principal. Responde a las preguntas: ¿quiénes somos?, ¿qué hacemos y para quiénes?

Luego deben definir su **visión**, es decir, el cuerpo de valores que los orienta, y que los diferencian de otros grupos. Responde a las preguntas: ¿cómo queremos ser reconocidos?

Y como último paso de esta primera etapa, debe definir sus **objetivos estratégicos**, los cuales responden a las preguntas: ¿a dónde queremos ir? ¿qué pretendemos lograr?

Al terminar de definir la misión, la visión y los objetivos, se enviará esta información y la conformación del grupo a la Dirección Provincial de Políticas para Adultos Mayores.

Actividad N° 4. Talleres sobre envejecimiento y enfoque de derechos.

Luego del armado de grupos de referentes locales responsables, se comenzará el proceso de formación con ellos y se invitará a otros ciudadanos que estén interesados en la temática a nivel local.

Se proponen 3 encuentros de 4 hs. cada uno, pero esta modalidad se adaptará a las realidades de cada localidad. Los 3 módulos a trabajar son:

- Envejecimiento en lo individual. Cambios físicos, psicológicos, sociales y cognitivos que ocurren. Principales patologías físicas y psicológicas.
- Envejecimiento poblacional. Realidad mundial, nacional y provincial. Impacto del envejecimiento en lo social y colectivo. Mirada sobre la realidad local.
- Paradigma de los derechos humanos: las personas mayores como sujetos de derecho. Calidad de vida: concepto, evolución, mediciones.

Cabe señalar que, en cada localidad, las personas mayores (incluidos en los equipos de trabajo o externos a los mismos) serán capacitadores en alguno de los encuentros y los temas que desarrollarán se elegirán en conjunto con ellos según sus preferencias. Con esta participación activa se logra el empoderamiento y la valoración como sujetos de derecho, que es uno de los lineamientos principales de este trabajo. La formación de los referentes se basa en la necesidad de lograr una “coherencia interna” antes detallada, que permita alcanzar el máximo nivel posible de eficacia burocrática de los gobiernos municipales. Además, al realizarla en conjunto con referentes comunitarios, implica crear una “ventana de oportunidad”, la posibilidad de que los pequeños cambios sean el pivote para lograr mayores cambios institucionales, como se expuso en el marco teórico. Estos talleres establecen además el paradigma bajo el cual se planteará el plan de acción, poniendo en común el tipo de abordaje esperado según el enfoque de los derechos humanos.

Actividad N° 5. Jornadas de capacitación en planificación estratégica del equipo.

Se utilizarán métodos de capacitación activa, orientada a los requerimientos del grupo y bajo la modalidad de "aprender haciendo". Los participantes tendrán la oportunidad de revisar conceptos, desarrollar criterios y aplicar técnicas e instrumentos mediante la sistemática realización de talleres y ejercicios individuales y en grupo.

En esta instancia, los integrantes del grupo de trabajo de la localidad se capacitarán en herramientas de planificación y gestión. Esto se realizará a través de jornadas teórico-prácticas, se plantean 8 encuentros de 5 hs. cada uno (los cuales se adaptarán a la realidad local). El objetivo de este proceso de capacitación es que quede establecido un plan de acción que mejore de manera integral la calidad de vida de las personas mayores de la localidad, en base a un diagnóstico de situación.

La temática de los talleres será:

- . planificación
- . diagnóstico local participativo de calidad de vida de las personas mayores
- . análisis de situación local
- . problema: definición, enunciación, priorización y análisis de sus causas.
- . análisis del contexto
- . definición de estrategias
- . diseño del plan de acción

Para ampliar el contenido de estas jornadas ver Anexo 3, en esta instancia se realiza un resumen de cada uno de los temas a desarrollar.

Respecto a la **planificación**, se abordará su importancia, su impacto, las diferentes maneras de planificar y los conceptos generales sobre el diseño de estrategias y planes de acción en base a las necesidades de la comunidad.

Para conocer la realidad local de las personas mayores, se planificará la realización del **diagnóstico local**. El mismo será realizado en un plazo establecido por el grupo en base a tres herramientas:

- . descripción socio-demográfica de la localidad (Anexo 4)
- . la encuesta que se realizará a las personas mayores (herramienta diseñada por los expertos)
- . el Protocolo de Vancouver modificado (Anexo 5) para trabajar con grupos focales de las personas mayores, cuidadores y con entrevistas a actores claves de la comunidad.

El Plan de Acción requiere, luego de contar con un buen diagnóstico situacional, que el equipo realice un **análisis** de toda la información recabada. (Equipo de la Dirección Ciudades, Municipios y Comunidades Saludables, 2017)

El resultado del mismo permitirá contar con un listado de los **problemas** de las personas mayores de la comunidad (además de sus recursos).

Este listado transcurrirá un proceso de enunciación correcta de cada ítem y luego una priorización. Como resultado, surgirá un problema, el cual será abordado a través del plan de acción que elabore el equipo. Este plan estará enfocado en las causas (factibles de ser abordadas) de ese problema detectado como prioridad y no en sus consecuencias, y esto permitirá su mayor impacto en la comunidad.

El **análisis del contexto** se realizará en base al mapa de actores existentes en el ámbito donde se desarrollará el proyecto y también analizando fuerzas a favor y en

contra, externas e internas al equipo que lo lleva adelante (matriz FODA). (Fernández Arroyo, N. y Schejtman, L. 2012).

A partir de todo el análisis realizado, se propone definir el **plan de acción**. Para el diseño del mismo se requiere definir las **estrategias** en base a la combinación de las fuerzas descriptas. Así, por ejemplo, resultarán estrategias que combinen fuerzas externas positivas con internas negativas (intentando minimizar las debilidades con las oportunidades del contexto). Luego, se plantearán los **objetivos** (general y específicos) y las posibles **alternativas de acción**.

Se seleccionará de todas ellas la más viable y que impacte en mayor medida en el problema detectado (es decir: en el objetivo general del plan) (Fernández Arroyo y Schejtman, 2012).

A partir de esta alternativa de acción seleccionada, se diseñará el plan concreto de trabajo, que incluye sus componentes, actividades, cronograma, recursos necesarios, indicadores, metas, fuentes de verificación, y la metodología elegida para realizar el monitoreo y la evaluación del mismo.

La figura de “hacer planos/es para la acción, y como consecuencia de la acción mejorar los planos/es” es una manera figurativa de explicar el proceso de evaluación en la planificación. (Rovere, 1997)

Actividad N° 6. Implementación del plan de acción local.

Cada equipo local será el responsable de la implementación de su plan de acción, llevando a la práctica todo lo planificado durante la capacitación realizada.

Actividad N° 7. Monitoreo y evaluación.

Cada equipo local realizará un monitoreo mensual de su plan de acción y al finalizar un año de su implementación, realizarán la evaluación final. Tanto el monitoreo como la evaluación se realizarán en base al tablero de gestión que formule cada equipo en su plan de acción.

El equipo provincial será el responsable del seguimiento y participará del monitoreo mensual de los equipos locales, colaborando técnicamente en el mismo. También será

participe de la evaluación final de cada plan de acción, en conjunto con el equipo local involucrado.

Además, el equipo provincial realizará su propio monitoreo mensual y la evaluación al finalizar su gestión (noviembre 2019).

- Para el alcanzar el objetivo C), se tienen en cuenta tres actividades ya mencionadas anteriormente:

Actividad N° 3: en la cual se plantea la incorporación de **las personas mayores como protagonistas en los equipos** de trabajo de cada localidad.

Actividad N° 4: participando como docentes en los talleres de envejecimiento y enfoque de derechos.

Actividad N° 5: en la cual, como primer paso de la planificación estratégica, se plantea la realización del **diagnóstico de situación** de la calidad de vida de las personas mayores en cada localidad. El mismo se realizará a través de la **escucha activa de las voces de las personas mayores** y de otros actores claves de la comunidad.

- Para el alcanzar el objetivo D), se propone:

Actividad N° 8. Diseño de una herramienta provincial para realizar el diagnóstico de situación de las personas mayores.

Se convocará a expertos nacionales y regionales para que, teniendo como base la encuesta SABE, puedan diseñar un instrumento adaptado a la realidad provincial. Se propone realizar una convocatoria a los profesionales y, con los interesados, se conformará el grupo de expertos. En el primer encuentro presencial, coordinados por la Dirección Provincial de Políticas para Adultos Mayores planificarán el trabajo a realizar y determinarán: actividades, metodología, responsables, plazos, etc. Se proponen dos instancias de trabajo presencial en terreno, intercalada con un período de trabajo a distancia vía virtual. En la instancia virtual cada uno de los participantes irá aportando para la construcción colectiva de la herramienta.

Al finalizar esta etapa de diseño de la herramienta, se propone presentar un documento preliminar a partir del cual se realizará una prueba piloto en uno de los

municipios que esté interesado en la implementación del proyecto y que se encuentre en una etapa avanzada en su implementación. Después de la prueba piloto, el grupo de expertos realizará los ajustes que surjan como necesarios para poder realizar el documento definitivo. En la última etapa presencial se realizará su presentación oficial a las autoridades provinciales y se les realizará una breve encuesta de satisfacción. El análisis realizado a las encuestas SABE y ENCaViAM, atravesado por las dimensiones de Calidad de Vida que sugiere Cummins, se encuentran en el Anexo 6.

4. DETERMINACIÓN DE LOS PLAZOS Y LAS ACTIVIDADES

Se detalla en la **Tabla 3** un **cronograma** que incluye las **actividades** que se llevarán a cabo desde el nivel provincial y también las que se implementarán en cada localidad, para guiar lo que se realizará en cada uno de los municipios interesados en implementar el presente proyecto de intervención. Además de las actividades, se incluyen los **recursos** necesarios para cada tarea y los **responsables** de las mismas.

Calidad de Vida de las Personas Mayores

Una herramienta de gestión orientada a la acción política local

Tabla 3: Cronograma de actividades, tareas, recursos y responsables.

| ACTIVIDAD | TAREAS | RESPONDE A OBJETIVOS | RESPONSABLES | RECURSOS FÍSICOS - INSUMOS | Mes 1 | | | | Mes 2 | | | | Mes 3 | | | | Mes 4 | | | | Mes 5 | | | | Mes 6 | | | |
|---|---|----------------------|---|--|-------|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-------|------|------|------|-------|------|------|------|-------|------|------|------|-------|------|------|------|
| | | | | | S.1 | S.2 | S.3 | S.4 | S.5 | S.6 | S.7 | S.8 | S.9 | S.10 | S.11 | S.12 | S.13 | S.14 | S.15 | S.16 | S.17 | S.18 | S.19 | S.20 | S.21 | S.22 | S.23 | S.24 |
| 1. Jornada provincial para intendentes y referentes | Organización de la reunión: fecha, lugar, equipo de sonido y compra de refrigerio. | A y B | Profesionales del Equipo de la Dirección Provincial de Políticas para Adultos Mayores (Equipo provincial) | Lugar de reuniones, computadora, internet, línea telefónica, contratación de sonido, compra de refrigerio. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Envío de invitaciones | A y B | Coordinación del Consejo | Internet, línea telefónica. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Preparación de la exposición | A y B | Equipo provincial | Internet, computadora | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Recepción y preparación del refrigerio durante la jornada | A y B | Administrativos del equipo provincial | Refrigerio, hojas, lapiceras. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Presentación de la exposición: envejecimiento | A y B | Coordinación del Consejo | Computadora, cañón proyector. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Presentación del proyecto | A y B | Asesoría médica del equipo provincial | Computadora, cañón proyector. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Registro de los municipios que declaren interés por el proyecto | A y B | Administrativos del equipo provincial | Computadora, internet. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Envío de la carta de intención | Designación del referente local | A y B | Intendente | Lugar de reuniones | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Confección y envío de la carta | A y B | Intendente y referente local | Computadora, internet. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Conformación del equipo local | Búsqueda de los participantes gubernamentales | A y B | Intendente y referente local | Lugar de reuniones, computadora, internet, línea telefónica. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Búsqueda de los participantes mayores | A, B, C | Participantes gubernamentales y referente local. | Combustible, línea telefónica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Búsqueda de personas interesadas en la comunidad | A y B | Participantes gubernamentales y referente local. | Combustible, línea telefónica, computadora, internet. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Búsqueda y elección del lugar de reuniones | A y B | Equipo local | Lugar accesible | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Definición de misión, visión y objetivos estratégicos | A y B | Equipo local | Lugar de reuniones, computadora, internet, línea telefónica, refrigerio. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Comunicación a la Dirección Provincial de la conformación del grupo y su misión, visión y objetivos | A y B | Equipo local | Computadora, internet. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Talleres sobre Envejecimiento y Derechos | Organización de la logística de los talleres: lugar accesible, refrigerio. | A y B | Equipo provincial y equipo local | Combustible, línea telefónica, lugar accesible con sillas y mesas, refrigerio. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Preparación del contenido de los talleres | A y B | Equipo provincial | Computadora, internet. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Invitación a todos los participantes del equipo local y otros interesados en la temática | A y B | Equipo provincial y equipo local | Computadora, internet y línea telefónica. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Recepción y preparación del refrigerio durante cada taller | A y B | Administrativos del equipo provincial | Refrigerio, hojas, lapiceras. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Coordinación y presentación de la temática en el Primer encuentro | A, B, C | Asesoría médica del equipo provincial | Computadora, cañón proyector. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Coordinación y presentación de la temática en el Segundo Encuentro | A, B, C | Coordinación del Consejo | Computadora, cañón proyector. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Coordinación y presentación de la temática en el Tercer Encuentro | A, B, C | Equipo provincial | Computadora, cañón proyector. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Calidad de Vida de las Personas Mayores
Una herramienta de gestión orientada a la acción política local

| ACTIVIDAD | TAREAS | RESPONDE A OBJETIVOS | RESPONSABLES | RECURSOS FÍSICOS - INSUMOS | Mes 1 | | | | Mes 2 | | | | Mes 3 | | | | Mes 4 | | | | Mes 5 | | | | Mes 6 | | | |
|---|--|----------------------|---|--|-------|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-------|------|------|------|-------|------|------|------|-------|------|------|------|-------|------|------|------|
| | | | | | S.1 | S.2 | S.3 | S.4 | S.5 | S.6 | S.7 | S.8 | S.9 | S.10 | S.11 | S.12 | S.13 | S.14 | S.15 | S.16 | S.17 | S.18 | S.19 | S.20 | S.21 | S.22 | S.23 | S.24 |
| 5. Capacitación a referentes en planificación estratégica | Organización de la logística de las jornadas: lugar accesible, refrigerio. | A y B | Equipo provincial y equipo local | Combustible, línea telefónica, lugar con sillas y mesas, compra de refrigerio. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Preparación del contenido de los talleres | A y B | Asesoría médica del equipo provincial | Computadora, cañón proyector. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Invitación a todos los participantes del equipo local y otros interesados en la temática | A y B | Equipo provincial y equipo local | Computadora, internet y línea telefónica. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Recepción y preparación del refrigerio durante cada taller | A y B | Administrativos del equipo provincial | Refrigerio, hojas, lapiceras. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Coordinación y presentación de la temática en el primer encuentro: Planificación | A y B | Asesoría médica del equipo provincial | Computadora, cañón proyector, hojas, lapiceras, afiches, fibrones. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Coordinación y presentación de la temática en el segundo encuentro: diagnóstico local participativo de calidad de vida de las personas mayores | A y B | Asesoría médica del equipo provincial | Computadora, cañón proyector, hojas, lapiceras, afiches, fibrones. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Realización del diagnóstico local | A, B, C | Asesoría médica del equipo provincial | Computadora, cañón proyector, hojas, lapiceras, afiches, fibrones. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Coordinación y presentación de la temática en el tercer encuentro: Análisis de situación local | A y B | Asesoría médica del equipo provincial | Computadora, cañón proyector, hojas, lapiceras, afiches, fibrones. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Coordinación y presentación de la temática en el cuarto encuentro: Problema: definición, enunciación, priorización y análisis de sus causas. | A y B | Asesoría médica del equipo provincial | Computadora, cañón proyector, hojas, lapiceras, afiches, fibrones. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Coordinación y presentación de la temática en el quinto encuentro: Análisis del contexto | A y B | Asesoría médica del equipo provincial | Computadora, cañón proyector, hojas, lapiceras, afiches, fibrones. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Coordinación y presentación de la temática en el sexto encuentro: Definición de estrategias | A y B | Asesoría médica del equipo provincial | Computadora, cañón proyector, hojas, lapiceras, afiches, fibrones. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Coordinación y presentación de la temática en el séptimo y octavo encuentros: diseño del plan de acción | A y B | Asesoría médica del equipo provincial | Computadora, cañón proyector, hojas, lapiceras, afiches, fibrones. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Coordinación y presentación de la temática en el noveno encuentro: Monitoreo y evaluación | A y B | Asesoría médica del equipo provincial | Computadora, cañón proyector, hojas, lapiceras, afiches, fibrones. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Implementación del plan de acción | | A y B | Equipo local con asesoramiento de la asesoría médica y el equipo provincial | Los recursos serán detallados en cada plan de acción | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Calidad de Vida de las Personas Mayores
Una herramienta de gestión orientada a la acción política local

| ACTIVIDAD | TAREAS | RESPONDE A OBJETIVOS | RESPONSABLES | RECURSOS FÍSICOS - INSUMOS | Mes 1 | | | | Mes 2 | | | | Mes 3 | | | | Mes 4 | | | | Mes 5 | | | | Mes 6 | | | |
|--|---|----------------------|---|---|-------|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-------|------|------|------|-------|------|------|------|-------|------|------|------|-------|------|------|------|
| | | | | | S.1 | S.2 | S.3 | S.4 | S.5 | S.6 | S.7 | S.8 | S.9 | S.10 | S.11 | S.12 | S.13 | S.14 | S.15 | S.16 | S.17 | S.18 | S.19 | S.20 | S.21 | S.22 | S.23 | S.24 |
| 7. Monitoreo y evaluación del plan de acción | Realización del monitoreo mensual según indicadores establecidos en plan de acción | A y B | Equipo local con asesoramiento de la asesoría médica. | Lugar de reuniones, computadora, internet. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Realización de la evaluación anual de acuerdo a los indicadores del plan de acción | A y B | Equipo local con asesoramiento de la asesoría médica y el equipo provincial | Lugar de reuniones, computadora, internet. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Diseño de una herramienta provincial para realizar el diagnóstico de situación de las personas mayores. | Convocatoria a los expertos | D | Asesoría médica del equipo provincial | Computadora, internet y línea telefónica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Conformación del grupo de expertos | D | Asesoría médica del equipo provincial | Computadora, internet y línea telefónica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Gestión de los honorarios de los expertos | D | Equipo provincial | Computadora, internet y línea telefónica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Organización de la primera reunión con expertos: fecha (se evaluará si es presencial o virtual). Si fuera presencial: búsqueda de lugar de reunión. | D | Asesoría médica del equipo provincial | Computadora, internet y línea telefónica. Si se decide reunión presencial: lugar de reunión, refrigerio, cañón proyector. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Confección de la herramienta | D | Grupo de expertos | Computadoras, internet. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Seguimiento del trabajo del grupo de expertos | D | Asesoría médica del equipo provincial | Computadora, internet y línea telefónica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Organización de la prueba piloto: elección de la localidad y capacitación al equipo local que la implemente. | D | Equipo provincial, asesoría médica y equipo zonal. | Computadora, internet y línea telefónica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Implementación de la prueba piloto | D | Equipo local con asesoramiento de asesoría médica | Impresiones, computadora, lapiceras, combustible, refrigerio. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Evaluación y modificaciones luego de la prueba piloto | D | Grupo de expertos y asesoría médica | Computadora, internet | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Presentación final de la herramienta | D | Grupo de expertos y equipo provincial | Lugar de reunión, sillas, cañón proyector, computadora, internet. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Fuente: Elaboración propia

Calidad de Vida de las Personas Mayores
Una herramienta de gestión orientada a la acción política local

| ACTIVIDAD | TAREAS | RESPONDE A OBJETIVOS | RESPONSABLES | RECURSOS FÍSICOS - INSUMOS | Mes 7 | | | | Mes 8 | Mes 9 | Mes 10 | Mes 11 | Mes 12 | Mes 13 | Mes 14 | Mes 15 | Mes 16 | Mes 17 | Mes 18 |
|---|---|----------------------|---|--|-------|------|------|------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | | | | S.25 | S.26 | S.27 | S.28 | | | | | | | | | | | |
| 1. Jornada provincial para intendentes y referentes | Organización de la reunión: fecha, lugar, equipo de sonido y compra de refrigerio. | A y B | Profesionales del Equipo de la Dirección Provincial de Políticas para Adultos Mayores (Equipo provincial) | Lugar de reuniones, computadora, internet, línea telefónica, contratación de sonido, compra de refrigerio. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Envío de invitaciones | A y B | Coordinación del Consejo | Internet, línea telefónica. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Preparación de la exposición | A y B | Equipo provincial | Internet, computadora | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Recepción y preparación del refrigerio durante la jornada | A y B | Administrativos del equipo provincial | Refrigerio, hojas, lapiceras. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Presentación de la exposición: envejecimiento | A y B | Coordinación del Consejo | Computadora, cañón proyector. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Presentación del proyecto | A y B | Asesoría médica del equipo provincial | Computadora, cañón proyector. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Registro de los municipios que declaren interés por el proyecto | A y B | Administrativos del equipo provincial | Computadora, internet. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Envío de la carta de intención | Designación del referente local | A y B | Intendente | Lugar de reuniones | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Confección y envío de la carta | A y B | Intendente y referente local | Computadora, internet. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Conformación del equipo local | Búsqueda de los participantes gubernamentales | A y B | Intendente y referente local | Lugar de reuniones, computadora, internet, línea telefónica. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Búsqueda de los participantes mayores | A, B, C | Participantes gubernamentales y referente local. | Combustible, línea telefónica | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Búsqueda de personas interesadas en la comunidad | A y B | Participantes gubernamentales y referente local. | Combustible, línea telefónica, computadora, internet. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Búsqueda y elección del lugar de reuniones | A y B | Equipo local | Lugar accesible | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Definición de misión, visión y objetivos estratégicos | A y B | Equipo local | Lugar de reuniones, computadora, internet, línea telefónica, refrigerio. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Comunicación a la Dirección Provincial de la conformación del grupo y su misión, visión y objetivos | A y B | Equipo local | Computadora, internet. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Talleres sobre Envejecimiento y Derechos | Organización de la logística de los talleres: lugar accesible, refrigerio. | A y B | Equipo provincial y equipo local | Combustible, línea telefónica, lugar accesible con sillas y mesas, refrigerio. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Preparación del contenido de los talleres | A y B | Equipo provincial | Computadora, internet. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Invitación a todos los participantes del equipo local y otros interesados en la temática | A y B | Equipo provincial y equipo local | Computadora, internet y línea telefónica. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Recepción y preparación del refrigerio durante cada taller | A y B | Administrativos del equipo provincial | Refrigerio, hojas, lapiceras. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Coordinación y presentación de la temática en el Primer encuentro | A, B, C | Asesoría médica del equipo provincial | Computadora, cañón proyector. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Coordinación y presentación de la temática en el Segundo Encuentro | A, B, C | Coordinación del Consejo | Computadora, cañón proyector. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Coordinación y presentación de la temática en el Tercer Encuentro | A, B, C | Equipo provincial | Computadora, cañón proyector. | | | | | | | | | | | | | | | |

Calidad de Vida de las Personas Mayores
Una herramienta de gestión orientada a la acción política local

| ACTIVIDAD | TAREAS | RESPONDE A OBJETIVOS | RESPONSABLES | RECURSOS FÍSICOS - INSUMOS | Mes 7 | | | | Mes 8 | Mes 9 | Mes 10 | Mes 11 | Mes 12 | Mes 13 | Mes 14 | Mes 15 | Mes 16 | Mes 17 | Mes 18 |
|---|--|----------------------|---|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | | | | \$ 25 | \$ 26 | \$ 27 | \$ 28 | | | | | | | | | | | |
| 5. Capacitación a referentes en planificación estratégica | Organización de la logística de las jornadas: lugar accesible, refrigerio. | A y B | Equipo provincial y equipo local | Combustible, línea telefónica, lugar con sillas y mesas, compra de refrigerio. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Preparación del contenido de los talleres | A y B | Asesoría médica del equipo provincial | Computadora, cañón proyector. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Invitación a todos los participantes del equipo local y otros interesados en la temática | A y B | Equipo provincial y equipo local | Computadora, internet y línea telefónica. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Recepción y preparación del refrigerio durante cada taller | A y B | Administrativos del equipo provincial | Refrigerio, hojas, lapiceras. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Coordinación y presentación de la temática en el primer encuentro: Planificación | A y B | Asesoría médica del equipo provincial | Computadora, cañón proyector, hojas, lapiceras, afiches, fibrones. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Coordinación y presentación de la temática en el segundo encuentro: diagnóstico local participativo de calidad de vida de las personas mayores | A y B | Asesoría médica del equipo provincial | Computadora, cañón proyector, hojas, lapiceras, afiches, fibrones. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Realización del diagnóstico local | A, B, C | Asesoría médica del equipo provincial | Computadora, cañón proyector, hojas, lapiceras, afiches, fibrones. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Coordinación y presentación de la temática en el tercer encuentro: Análisis de situación local | A y B | Asesoría médica del equipo provincial | Computadora, cañón proyector, hojas, lapiceras, afiches, fibrones. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Coordinación y presentación de la temática en el cuarto encuentro: Problema: definición, enunciación, priorización y análisis de sus causas. | A y B | Asesoría médica del equipo provincial | Computadora, cañón proyector, hojas, lapiceras, afiches, fibrones. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Coordinación y presentación de la temática en el quinto encuentro: Análisis del contexto | A y B | Asesoría médica del equipo provincial | Computadora, cañón proyector, hojas, lapiceras, afiches, fibrones. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Coordinación y presentación de la temática en el sexto encuentro: Definición de estrategias | A y B | Asesoría médica del equipo provincial | Computadora, cañón proyector, hojas, lapiceras, afiches, fibrones. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Coordinación y presentación de la temática en el séptimo y octavo encuentros: diseño del plan de acción | A y B | Asesoría médica del equipo provincial | Computadora, cañón proyector, hojas, lapiceras, afiches, fibrones. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Coordinación y presentación de la temática en el noveno encuentro: Monitoreo y evaluación | A y B | Asesoría médica del equipo provincial | Computadora, cañón proyector, hojas, lapiceras, afiches, fibrones. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Implementación del plan de acción | | A y B | Equipo local con asesoramiento de la asesoría médica y el equipo provincial | Los recursos serán detallados en cada plan de acción | | | | | | | | | | | | | | | |

Calidad de Vida de las Personas Mayores
Una herramienta de gestión orientada a la acción política local

| ACTIVIDAD | TAREAS | RESPONDE A OBJETIVOS | RESPONSABLES | RECURSOS FÍSICOS - INSUMOS | Mes 7 | | | | Mes 8 | Mes 9 | Mes 10 | Mes 11 | Mes 12 | Mes 13 | Mes 14 | Mes 15 | Mes 16 | Mes 17 | Mes 18 |
|--|---|----------------------|---|---|-------|------|------|------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | | | | S.25 | S.26 | S.27 | S.28 | | | | | | | | | | | |
| 7. Monitoreo y evaluación del plan de acción | Realización del monitoreo mensual según indicadores establecidos en plan de acción | A y B | Equipo local con asesoramiento de la asesoría médica. | Lugar de reuniones, computadora, internet. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Realización de la evaluación anual de acuerdo a los indicadores del plan de acción | A y B | Equipo local con asesoramiento de la asesoría médica y el equipo provincial | Lugar de reuniones, computadora, internet. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Diseño de una herramienta provincial para realizar el diagnóstico de situación de las personas mayores. | Convocatoria a los expertos | D | Asesoría médica del equipo provincial | Computadora, internet y línea telefónica | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Conformación del grupo de expertos | D | Asesoría médica del equipo provincial | Computadora, internet y línea telefónica | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Gestión de los honorarios de los expertos | D | Equipo provincial | Computadora, internet y línea telefónica | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Organización de la primera reunión con expertos: fecha (se evaluará si es presencial o virtual). Si fuera presencial: búsqueda de lugar de reunión. | D | Asesoría médica del equipo provincial | Computadora, internet y línea telefónica. Si se decide reunión presencial: lugar de reunión, refrigerio, cañón proyector. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Confección de la herramienta | D | Grupo de expertos | Computadoras, internet. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Seguimiento del trabajo del grupo de expertos | D | Asesoría médica del equipo provincial | Computadora, internet y línea telefónica | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Organización de la prueba piloto: elección de la localidad y capacitación al equipo local que la implemente. | D | Equipo provincial, asesoría médica y equipo zonal. | Computadora, internet y línea telefónica | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Implementación de la prueba piloto | D | Equipo local con asesoramiento de asesoría médica | Impresiones, computadora, lapiceras, combustible, refrigerio. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Evaluación y modificaciones luego de la prueba piloto | D | Grupo de expertos y asesoría médica | Computadora, internet | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Presentación final de la herramienta | D | Grupo de expertos y equipo provincial | Lugar de reunión, sillas, cañón proyector, computadora, internet. | | | | | | | | | | | | | | | |

Fuente: Elaboración propia

5. RECURSOS

HUMANOS

- Compromiso político y apoyo institucional del gobierno local
- Equipo interdisciplinario provincial y local.
- Grupo de expertos.

MATERIALES

Grabadora, cuadernos, lapiceras, fotocopias, vehículo, combustible, refrigerios para los grupos focales. Viáticos para los expertos.

TÉCNICOS

Se requiere una línea telefónica para cada equipo, al igual que servicio de internet.

FINANCIEROS

El financiamiento de la investigación correrá por cuenta del gobierno provincial o del local según el detalle detallado en cada cuadro. Cada localidad además contará con el asesoramiento continuo desde la Dirección Provincial de Políticas para Las personas mayores.

Se gestionará la posibilidad de que la financiación de los honorarios y viáticos del grupo de expertos pueda estar a cargo de otra institución (relacionada a la temática de adultos mayores).

6. GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN

El grupo básico de investigación (trabajador social, enfermero, psicólogo y administrativo) se reunirán una vez por semana y se plantearán el trabajo realizado y las metas para la próxima semana. Estas reuniones quedarán plasmadas en un libro de actas, cuyas copias se enviarán al nivel provincial en forma semanal. En este mismo informe, además de describir lo trabajado y por trabajar, se solicitarán las ayudas necesarias para poder dar continuidad al proyecto.

El grupo básico de investigación dependerá de la autoridad máxima a nivel local del área que el intendente considere más oportuna.

ORGANIGRAMA

Relaciones e interacciones del personal

Niveles de autoridad y jerarquía: el equipo interdisciplinario local tendrá como máxima autoridad el intendente y uno de los tres profesionales (según características personales) será el líder del grupo.

Relaciones de comunicación e información: durante cada etapa del proyecto, se realizarán informes de avance por escrito al intendente y a la Dirección Provincial de Políticas para Adultos Mayores. Esta última vía de comunicación servirá también para solicitar consultas y asesoría en temas específicos del proyecto.

La forma de estructurar el presente proyecto de intervención, desde el punto de vista organizativo y de gestión, será la que se expone a continuación.

Organización funcional

Se elige esta forma ya que el proyecto se lleva a cabo dentro de un organismo ya existente (municipio) y en el que participan los funcionarios, profesionales y técnicos del mismo. La realización del proyecto es, en este caso, una actividad más, dentro de las que ya está realizando esa unidad. (Ander-Egg y Aguilar, 2005).

Ventajas: Integra más adecuadamente el proyecto a los propósitos generales del organismo responsable y a sus objetivos funcionales. Permite un mejor aprovechamiento de los recursos humanos del organismo.

Dificultades o inconvenientes: Puede darse el caso de que subordinen los objetivos del proyecto a los del organismo, desvirtuándose los primeros. El proyecto no se concibe como unidad organizativa, sino como “algo” dentro de una organización. El personal asignado al proyecto, si está realizando otras actividades dentro del organismo, puede descuidar las que conciernen directamente al proyecto.

7. MONITOREO E INDICADORES DE EVALUACIÓN (tablero de gestión)

Se expone a continuación el tablero de gestión del nivel provincial (Tabla 4). En cada localidad interesada en la implementación del proyecto, cada equipo de trabajo se guiará por el cronograma presentado y estipulará sus propias metas, indicadores, etc., a partir del plan operativo de trabajo que surja de su planificación estratégica (producto de la capacitación que realizará el equipo provincial en cada municipio).

Tabla 4: Tablero de gestión provincial.

| CRONOGRAMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROCESO (Tablero de gestión) | | | |
|---|---|--|---|
| ACTIVIDAD | Indicadores | | Meta propuesta (en 18 meses de gestión) |
| | de proceso | de resultado | |
| 1). Difusión del proyecto | 1. Proporción de jornadas realizadas en 2018. (en relación a las planificadas) | 2. Proporción de municipios interesados en implementar el proyecto (en relación a los asistentes a las jornadas realizadas). | 1. 100 % (4 jornadas, una en cada zona). 2. 40% (si asisten 10 municipios, se espera que al menos 4 se interesen en la implementación del proyecto). |
| 2). Envío de la carta de intención | | 3. Proporción de cartas de intención que llegan a la Dirección Provincial durante el 2018 (en relación a los municipios interesados durante las jornadas). | 3. 50% (se espera que, de todos los municipios interesados en cada jornada, al menos la mitad de ellos envíen su carta de intención) |
| 3). Conformación del equipo local | 4. Proporción de grupos conformados (en relación a las cartas de intención recibidas a nivel provincial). | 5. Proporción de grupos con misión, visión y objetivos (en relación a los grupos conformados). | 4. 70 % (del total de las cartas recibidas, que este porcentaje arme grupos de trabajo local). 5. 60% (se espera que más de la mitad de los grupos puedan transformarse en equipos |

Calidad de Vida de las Personas Mayores

Una herramienta de gestión orientada a la acción política local

| | | | |
|--|---|--|---|
| | | | definiendo su misión, visión y objetivos) |
| 4). Talleres de sobre Envejecimiento y Derechos | 6. Proporción de talleres realizados (en relación a los planificados). | 7. Proporción de asistentes a los talleres (en relación a los integrantes de los equipos locales) 8. Encuestas de satisfacción post taller a los asistentes | 6. 100% (se estima que se realizarán todos los talleres planificados, con flexibilidad en las fechas) 7. 80% (se espera que asista a los talleres al menos el 80% de los integrantes de los equipos locales) 8. 80% de los asistentes con valoración positiva de los talleres |
| 5). Capacitación a referentes en planificación estratégica | 9. Proporción de asistentes a la capacitación (en relación a los integrantes de los equipos locales). | 10. Proporción de diagnósticos situacionales realizados (en relación a los planificados, según los equipos locales conformados) | 9. 70% (se espera que asista el 70% de los integrantes de los equipos locales) 10 y 11. 100% (se espera que todos los equipos locales conformados realicen su diagnóstico y su plan operativo) |
| | | 11. Proporción de planes operativos diseñados (en relación a los diagnósticos situacionales realizados). | |
| 6). Implementación de cada plan de acción | 12. Proporción de planes de acción que se comienzan a implementar (en relación a los diseñados) | 13. Proporción de planes de acción que se implementan en su totalidad (en relación a los que se diseñaron) | 12. 70% (se espera que se implementen más de la mitad de los planes diseñados) 13. 50% (se espera que se termine de implementar uno de cada dos planes diseñados) |
| 7). Monitoreo y evaluación | 14. Proporción de monitoreos realizados por el | 15. Proporción de evaluaciones realizadas por el | 14. 80% (se espera que se realice ese porcentaje de monitoreos) |

Calidad de Vida de las Personas Mayores

Una herramienta de gestión orientada a la acción política local

| | | | |
|--|--|---|--|
| | equipo provincial y por los equipos locales que diseñaron plan de acción (en relación a los planificados) | equipo provincial y por los equipos locales (en relación a las planificadas) | 15. 100% (se espera que se realicen todas las evaluaciones planificadas) |
| 8). Diseño de la herramienta de diagnóstico provincial | 16. Proporción del cronograma cumplido para la mitad del proceso, 3 meses de trabajo. (en relación a lo planificado) | 13. Proporción del cronograma cumplido para el final del proceso, incluida la prueba piloto (en relación a lo planificado). | 12. 70% (se espera que a los 3 meses de trabajo, los expertos puedan cumplir el 70% del cronograma planificado durante ese período) |
| | | 14. encuesta de satisfacción a las autoridades provinciales realizada ante la presentación final de la herramienta. | 13. 90% (se espera que, al terminar el plazo establecido, se haya cumplido el 90% del cronograma planificado) 14. 80% de las autoridades con evaluación positiva de la herramienta. |

Fuente: elaboración propia.

8. FACTORES EXTERNOS CONDICIONANTES

Como todo proyecto de intervención a implementarse en el ámbito político, la situación que debe darse para el éxito del mismo (y que escapa al control del equipo de gestión del proyecto) es la continuidad de las autoridades que avalan su ejecución, en este caso la Dirección Provincial de Políticas para Adultos Mayores de la provincia de Neuquén. Otros condicionantes externos son: que haya intendentes que se interesen y se comprometan políticamente con la temática del envejecimiento, que los adultos mayores de la comunidad quieran participar y que haya expertos interesados en diseñar la herramienta provincial.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albala, C., Lebrão, M. L., León Díaz, E. M., Ham-Chande, R., Hennis, A. J., Palloni, A., ... y Pratts, O. (2005). Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17, 307-322. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/8092/26268.pdf?sequence=1>
- Ander-Egg, E. y Aguilar Idáñez, M.J. (2005) *Cómo elaborar un proyecto. Guía para diseñar proyectos sociales y culturales*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Lumen Hvmanitas.
- Ander-Egg, E. (2007). *Introducción a la planificación estratégica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Lumen Hvmanitas.
- ANSES (2017). Guía para la seguridad personal del adulto mayor. Ministerio de Seguridad. Presidencia de la Nación. Recuperado de https://www.anses.gob.ar/visitassegura/guia_adulto_mayor.pdf
- Armijo, M. (2011). *Planificación estratégica e indicadores de desempeño en el sector público*. Serie Manuales N°69 ILPES CEPAL. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/5509>
- Arnoletto, E.; Cáceres, P.; Cingolani, M.; Graglia, E.; Martínez, D.; Mazzalay, V.; Nazareno, M.;...y Scandizzo, D. (2004). Índice de desarrollo local para la gestión. Córdoba, Argentina. EDUCC Editorial de la Universidad Católica de Córdoba. Recuperado de <http://biblioteca.municipios.unq.edu.ar/modules/mislibros/archivos/02-Indice-de-desarrollo-local-para-la-gestion.pdf>
- Arnoletto, E. y Beltran. E. (1997) Gestión pública y participación ciudadana en el ámbito municipal. *Hacia un nuevo modelo de gestión local. Municipio y Sociedad Civil en Argentina*, 73-106. Recuperado de <http://www.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/43199.pdf>
- Arroyo, D. (2016). Las 4 Argentinas y la grieta social. Propuestas para una Nación integrada. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Konrad Adenauer Stiftung. Recuperado de http://danielarroyo.com.ar/wp-content/uploads/2016/10/Daniel-Arroyo.-Libro-las_4_argentinas.pdf
- Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmacher, J., Malter, F., ... Zuber, S. (2013). Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*, 42(4), 992–1001. Recuperado de <http://doi.org/10.1093/ije/dyt088>
- Brugué, Q., Gomá, R. (1998). *Gobiernos locales y políticas públicas: bienestar social, promoción económica y territorio*. Barcelona, España: Editorial Ariel.

- Burgwall, G; Cuellar, J. C. (1999). Planificación estratégica y operativa aplicada a gobiernos locales. Manual de facilitación. Ecuador: Editorial ABYA YALA.
- Cabedo, M. y Escuder Mollón, P. (Eds.). (2014). *Educación y calidad de vida en las personas mayores*. España: Universitat Jaume I.
- Camou, M. M. y Maubrigades, S. (2005). La calidad de vida bajo la lupa: 100 años de evolución de los principales indicadores. *Boletín de Historia Económica*, 3(4), 51-63.
- Campbell, A., Converse, P. E., y Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. Russell Sage Foundation.
- Casas, F. (1999). Calidad de vida y calidad humana. *Papeles del Psicólogo*. 74, 46-54.
- CEPAL. (2017) Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/41471>
- China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS). CHARLS, Escuela Nacional de Desarrollo, Universidad de Pekín (2009 – 2018). Recuperado de <http://charls.pku.edu.cn/en>
- Consejo Provincial del Adulto Mayor (2010). Ley provincial 2743/10 Decreto 2394/13. Legislatura Provincia de Neuquén. Recuperado de http://www.jusneuquen.gov.ar/images2/Biblioteca/DP2394_2013-ReglamentalLey2743.pdf
- Cummins, R. A, (1998). *Quality of life definition and terminology. A discussion document from the International Society for Quality of Life Studies*.
- Cunill Grau, N. (2004). La democratización de la administración pública. Los mitos a vencer. *Política y gestión pública*. Caracas, Venezuela.
- Di Césare, L. (2012). El maltrato hacia las personas mayores: mecanismos de prevención y protección. *Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situación, experiencias y desafíos*. México, DF: CEPAL, Gobierno de la ciudad de México, p.153-174.
- Encuesta nacional sobre calidad de vida de las personas mayores 2012, ENCaViAM (2014). Principales resultados. República Argentina: INDEC. Recuperado de <http://www.desarrollosocial.gob.ar/biblioteca/encuesta-sobre-calidad-de-vida-de-adultos-mayores-2012/>
- English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). (2011). The Institute for Fiscal Studies. London. Recuperado de <https://www.elsa-project.ac.uk/>
- Equipo de la Dirección Ciudades, Municipios y Comunidades Saludables (2017). Guía metodológica: Análisis de Situación de Salud en Municipios Saludables.

- Ministerio de Salud de la Nación (pp 21–23). Recuperado de http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001061cnt-2017_analisis_situacion_salud.pdf
- Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENaSEM). (2012). University of Texas Medical Branch. Recuperado de http://www.enasem.org/index_Esp.aspx
- Fernández Arroyo, N. y Schejtman, L. (2012). Planificación de políticas, programas y proyectos sociales. Buenos Aires, Argentina: Fundación CIPPEC. Recuperado de https://www.unicef.org/argentina/spanish/cippec_uni_planificacion.pdf
- Fernandez Güell, J. M. (2006). *Planificación estratégica de Ciudades: nuevos instrumentos y procesos*. Barcelona, España: Editorial Reverté.
- Font, J.; Ziccardi, A. (Ed.). (2004). Participación ciudadana y decisiones públicas: conceptos, experiencias y metodologías. *Participación ciudadana y políticas sociales en el ámbito local*: Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México, México, pp.23-42.
- García Delgado, D. (Ed.). 1997. Hacia un nuevo modelo de gestión local/Municipio y Sociedad Civil en Argentina. FLACSO: Editorial Universidad de Buenos Aires.
- Gómez Gómez, E.(Ed.). (1994). Género, Mujer y Salud en las Américas. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, 36(2), 110. <https://dx.doi.org/10.1590/S0036-46651994000200018>
- Health and Retirement Study (HRS). (2017). *The ageing brain, Aging in the 21St Century: Challenges and Opportunities for Americans*. (pp 38-48). Recuperado de <http://hrsonline.isr.umich.edu/sitedocs/databook/?page=38>
- Herrera Ponce, M. S., Fernández Lorca, B., Rossel, J., Rojas, M., (2017) Chile y sus mayores: 10 años de la Encuesta Calidad de Vida en la Vejez. Pontifica Universidad Católica de Chile, UC Caja Los Andes. Santiago de Chile, Chile. Recuperado de <http://sociologia.uc.cl/publicaciones/chile-y-sus-mayores-10-anos-de-la-encuesta-calidad-de-vida-en-la-vejez-uc-caja-los-andes/>
- Huenchuan, S. y Rodríguez-Piñero, L. (2010). Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3803/lcw353_es.pdf?sequence=1
- Huenchuan, S. (Ed.) 2012. Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situación, experiencias y desafíos. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1465/S301435D4312012_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Huenchuan, S. (2013 a). Perspectivas globales sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, 2007–2013. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35929/1/LCW566_es.pdf
- Huenchuan, S. (2013 b). *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe: la hora de avanzar hacia la igualdad*. Santiago de Chile, Chile: CEPAL. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2617/LCG2553P_es.pdf?sequence=1
- Huenchuan, S. (Ed.). (2016). *Envejecimiento e Institucionalidad Pública en América Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos*. Santiago de Chile, Chile: CEPAL. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40197/1/S1600435_es.pdf
- Huertas, F. (1993). El método PES. Planificación Estratégica Situacional. Entrevista a Carlos Matus. Ecuador. Recuperado de https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/2/36342/LIBRO_ENTREVISTA_CON_MATUS.pdf
- Iglesias Alonso, A. (2010). La Planificación Estratégica como instrumento de gestión pública en el gobierno local: Análisis de caso. *Cuadernos de Gestión*, 10 (1), 101-119. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/2743/274319556005/>
- INDEC y la Comunidad Educativa (2018). Tipos de pirámides. Recuperado de https://www.indec.gov.ar/comunidadeducativa/tipos_de_piramides.pdf
- Institute for Social Research. University of Michigan (2016 a). *Health and Retirement Study (HRS)*. Recuperado de <http://hrsparticipants.isr.umich.edu/es/>
- Institute for Social Research. University of Michigan (2016 b). *Health and Retirement Study (HRS)*. Newstletters. Winter 2017. Recuperado de http://hrsparticipants.isr.umich.edu/sitedocs/newsletters/2017Winter_ParticipantNews_Spanish.pdf
- International Society for Quality of Life Studies ISQOLS (1995-2018). Recuperado de <http://www.isqols.org/>
- Japanese Study of Aging and Retirement (JSTAR), RIETI. Recuperado de <https://www.rieti.go.jp/en/projects/jstar/>
- Jouve, B. (2004). La democracia local: entre el espejismo neotocquevillista y la globalización. *Revista de Ciencia Política (Santiago)*, 24(2), 116-132. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-090X2004000200006>

- Kestelman N., Crivelli, V. Módulo 4: Herramientas para la planificación y programación local (2010). *Posgrado en Salud Social y Comunitaria*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de <http://www.fmed.uba.ar/depto/edunutri/2016herramientasparalaplanifyproglocalmod4.pdf>
- Libro Blanco sobre Envejecimiento Activo (2011), *Diversidad y participación de las personas mayores*. España: Gobierno de España. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. IMSERSO, 321-348. Recuperado de http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf
- Longitudinal Aging Study in India (LASI). Harvard University. School of Public Health. Recuperado de <https://lasi.hsph.harvard.edu/>
- Majón-Valpuesta, D., Ramos, P., y Pérez-Salanova, M. (2016). Claves para el análisis de la participación social en los procesos de envejecimiento de la generación baby boom. *Psicoperspectivas*, 15(2), 53-63. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol15-Issue2-fulltext-833>
- Maslow, A. H. (1991). *Motivación y personalidad*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.
- Matus, C. (1987). Planificación y gobierno. *Revista de la CEPAL* (31), 161-178. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/11657>
- Menger, C. (1993). *Principios de economía política*. Unión Editorial
- Michalos, A. C. (1985). Multiple discrepancies theory (MDT). *Social indicators research*, 16(4), 347-413.
- Ministerio de Salud de Neuquén (2016). Subsecretaría de Salud. Programa del Adulto Mayor. Recuperado de <http://www.saludneuquen.gob.ar/programas-y-comites/departamento-de-salud-del-adulto/salud-del-adulto-mayor/>
- Moreno Jimenez, B., Ximénez Gómez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. *Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid, 1045–1070. Recuperado de <http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/evaluacion-de-calidaddevida.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2007). Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud para las personas mayores (ProNEAS). Recuperado de http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/programas/pdf/2013-07_programa-nacional-envejecimiento-activo-salud.pdf
- Naciones Unidas (1982). Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas.

Calidad de Vida de las Personas Mayores

Una herramienta de gestión orientada a la acción política local

- Recuperado de
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/plan_de_accion_internacional_de_viena_sobre_el_envejecimiento.pdf
- Naciones Unidas. (2003) Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, España. Recuperado de <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>
- Naciones Unidas. (2012). Carta de San José de Costa Rica sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe. San José de Costa Rica. Recuperado de http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/1/44901/CR_Carta_ESP.pdf
- Naciones Unidas, CEPAL, CELADE (2016). Envejecimiento y Desarrollo en América Latina y el Caribe. Boletín 13. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39876/1/S1600143_es.pdf
- Nussbaum, M., y Sen, A. (1993). The quality of life. Oxford University Press
- Organización de los Estados Americanos. OEA. (2015). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las personas mayores. Recuperado de http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud. Envejecimiento y Ciclo Vital. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002;37(S2),74-105. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (2007). Metodología del proyecto de ciudades amigables con los Mayores. Protocolo de Vancouver. Recuperado de <http://jubilares.files.wordpress.com/2013/07/protocolo-de-vancouver.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (2015). Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
- OMS Ciudades Amigables con los Mayores. About the Global Network for Age-friendly Cities and Communities. Recuperado de <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/who-network/>
- Organización Panamericana de la Salud. OMS. (2009). Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable. Recuperado de <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-08-s.pdf>

- Peláez, E., Monteverde, M., y Acosta, L. (2017). Celebrar el envejecimiento poblacional en Argentina. Desafíos para la formulación de políticas. *SaberEs*, 9(1), 1-28. Recuperado de <http://www.saberes.fcecon.unr.edu.ar/index.php/revista/article/view/153/385>
- Pérez Salanova, M. (2001). Envejecimiento y participación. ¿Necesitamos nuevos enfoques? *Psychosocial Intervention*, 10(3), 285-294. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1798/179818268004.pdf>
- Pérez Salanova, M. (2016). Envejecimiento y participación: retos para un ejercicio plural de ciudadanía (tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona, España. <https://ddd.uab.cat/record/168537>
- Prensa Gobierno de Mendoza (6 de diciembre, 2017). *Godoy Cruz, Luján, Las Heras y Maipú serán ciudades amigables con las personas mayores*. Recuperado de <http://www.prensa.mendoza.gov.ar/godoy-cruz-lujan-las-heras-y-maipu-seran-ciudades-amigables-con-los-adultos-mayores/>
- Proyecto Condiciones de salud de los adultos de edad mayor en Puerto Rico (PREHCO). Universidad de Puerto Rico, University of Wisconsin-Madison. Recuperado de <http://prehco.rcm.upr.edu/>
- Repetto, F. y Chudnovsky, M. (2009). Las políticas sociales en la Argentina reciente. Avances y desafíos desde una perspectiva progresista. En Quiroga, Y., Canzani, A. y Ensignia, J. (Ed.) *Consenso progresista: Las políticas sociales de los gobiernos progresistas del Cono Sur*, 15-45. Recuperado de <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/chile/06402.pdf>
- Repetto, F. (2004). Capacidad Estatal: requisito para el mejoramiento de la Política Social en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado de <https://publications.iadb.org/handle/11319/1173>
- Repetto, F.; Potenza, F.; Marazzi, V.; y Fernández, J. (2011). Políticas y acciones orientadas a las personas mayores. Documento de Trabajo (75). CIPPEC. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2017/03/2440.pdf>
- Sánchez-Ledesma, E., Pérez, A., Vázquez, N., García-Subirats, I., Fernández, A., Novoa, A. M. y Daban, F. (2018). La priorización comunitaria en el programa *Barcelona Salut als Barris*. *Gaceta Sanitaria*. 32(2):187–192. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.04.005>

- Santillan Pizarro; M. M., Ribotta, B y Acosta, L. (2016). Las posibilidades de las fuentes de información sociodemográficas para el monitoreo del derecho a la salud de las personas mayores en la Argentina, 1999-2013. *Notas de población* 43 (102), 95-121 <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/40261>
- Tonon, G. (2008). Investigar la calidad de vida en Argentina. *Psicodebate*, 8, 141-150. Recuperado de <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico8/8Psico%2010.pdf>
- Tonon, G. (2010 a). La utilización de indicadores de calidad de vida para la decisión de políticas públicas. *Polis Revista Latinoamericana* (Santiago), 9(26), 361-370. Recuperado de <https://journals.openedition.org/polis/820>
- Tonon, G. (2010 b). Los estudios sobre calidad de vida y la perspectiva de la Psicología Positiva. *Psicodebate*, 10, 73-82. Recuperado de <https://dspace.palermo.edu/ojs/index.php/psicodebate/article/view/389/172>
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Prospects. The 2015 Revision Volume II: Demographic Profiles. Recuperado de https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/Files/WPP2015_Volume-II-Demographic-Profiles.pdf
- World Health Organization (2018). Study on global AGEing and adult health (SAGE). Recuperado de <http://www.who.int/healthinfo/sage/en/>
- WHOQoL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization *Social science y medicine*, 41(10), 1403-1409. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027795369500112K?via%3Dihub>
- Wilner, A. y Mokate, K. . Planificación en Salud: una herramienta útil en el proceso de gestión. Adaptación del texto de Wilner A. y Mokate K. Gestión Estratégica. INDES/BID y Ministerio de Salud del Brasil. Recuperado de https://cursospaises.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/173567/mod_resource/content/1/planif%20Wilner%20Mokate%20may%2011.pdf

Agradecimientos:

A Norma y Oscar: mis papás, que me dieron la vida, y que se transformaron en personas mayores mientras yo escribía este proyecto.

A Facundo: esposo, asesor, primer corrector de borradores, motivador para poder terminar esta gran meta académica.

A Tomás y Matías: hijos, impulsores de “terminar lo que se empieza”, quienes me obligaron a predicar con el ejemplo.

A María Marta: directora de trabajo final, guía cordobesa que más allá de la distancia (y de la estructuración mental de la alumna) siguió adelante empujando para que pueda lograr el objetivo.

A Malena: codirectora, que en el tramo final fue la motivación necesaria para llegar.

ANEXO N° 1: Encuestas sobre Calidad de Vida en el mundo

En este anexo se hace una breve descripción de las encuestas en la actualidad y se describen algunos de los hallazgos más importantes que surgen del análisis de las mismas (que pueden servir de guía para el diseño de un instrumento similar para el estudio de la situación de los mayores de otras poblaciones).

Estudios en el mundo

- HRS: En los Estados Unidos, por más de 20 años se ha realizado el Health and Retirement Study (Institute for Social Research. University of Michigan, 2016 a) y ha sido líder como fuente de información sobre la salud y las circunstancias económicas de los adultos de más de 50 años de edad en ese país y que sirvió de modelo para muchos países del mundo.

En el boletín del invierno del 2017 (Institute for Social Research. University of Michigan 2016 b) hace referencia al impacto del Alzheimer y de la demencia en las personas de los Estados Unidos.

En cuanto a los resultados publicados en el data book que resume la investigación de 25 años (HRS, 2017), se hace referencia al envejecimiento del cerebro y uno de los principales datos que figuran es que el número de individuos mayores de 65 años con Enfermedad de Alzheimer en los Estados Unidos, es probable que crezca de 5,1 millones en 2015 a 13,8 millones en 2050. Relata también que estas estadísticas demuestran una necesidad vital de contar con información confiable sobre el tamaño del problema, sus causas, sus consecuencias y el impacto económico y social de la demencia.

La familia de estudios de HRS: a nivel mundial se ha replicado este estudio en numerosos países (Gráfico 6) y esto ha permitido hacer comparaciones válidas entre ellos.

Algunos de estos “estudios hermanos” están en reciente desarrollo y otros llevan recorrida ya una interesante trayectoria.

Gráfico 6: Georreferenciación de los estudios de la familia del HRS en el mundo (con fecha de inicio de su implementación).



Fuente: Wong, 2015.

- En Europa, el estudio se denomina Survey of Health, Ageing, and Retirement (SHARE, Börsch-Supan 2013). El interés de la Comisión Europea por obtener indicadores del proceso de envejecimiento en Europa propició el desarrollo de este estudio, en el año 2002. El estudio SHARE fue diseñado a partir de la experiencia derivada del Health and Retirement Study (HRS) y del English Longitudinal Study of Ageing (ELSA), y fue armonizado con estos estudios para facilitar las comparaciones. Durante el periodo 2004-2013 se han llevado a cabo cinco olas, se han incorporado 19 países y se ha entrevistado a cerca de 90.000 habitantes de 50 y más años de edad y sus parejas.

Tal y como se señala en el capítulo introductorio del libro «Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe», el principal objetivo del proyecto SHARE es proporcionar información a nivel de individuo y de hogar sobre temas de demografía, empleo, jubilación, salud mental y física, apoyo y redes sociales, vivienda, renta y consumo, a nivel del hogar e individual para el análisis de las interacciones y relaciones causales que existen entre los factores económicos, sociales, psicológicos y sanitarios que determinan la calidad de vida de las personas mayores.

- El “English Longitudinal Study of Ageing” (ELSA) es una rica fuente de información sobre aspectos relacionados a la salud, a lo social, la calidad de vida y las circunstancias económicas de la población inglesa de 50 y más años de edad. Se ha realizado en 7 ocasiones durante 14 años. Incluye información subjetiva y objetiva relacionada a la salud, discapacidad, marcadores biológicos de enfermedad, circunstancias económicas, participación social en redes y calidad de vida.

- En la India, este estudio lleva el nombre de “Longitudinal Aging Study in India (LASI)” y cubre la población de 45 años y más en 7 estados del país.

- En Japón se denomina “Japanese Study of Aging and Retirement (JSTAR)”, y tiene como población destinataria a los individuos de 50 años y más. Es el primer estudio japonés que puede comparar sus datos de población mayor con los del resto del mundo.

- En China se denomina “China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS)” y abarca la población de 45 y más años de edad. La primera muestra fue en 2011 e incluyó a 10.000 hogares y 17.500 individuos en 150 distritos y 450 ciudades.

Grupo de estudios relacionados al SAGE:

Este estudio de la OMS abarca población de 18 años y más con énfasis en las de 50 años y más en un muestreo representativo de 6 países: China, Ghana, India, Méjico, Federación Rusa y Sudáfrica. La primera muestra fue de más de 40.000 individuos y la segunda fue completada entre el 2014 y el 2017.

En el “Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud” publicado por la OMS (2015) señala algunos cambios referidos a la población mayor a nivel mundial:

- “En los últimos 50 años se ha registrado un movimiento demográfico masivo desde las zonas rurales hacia las urbanas. Ahora, por primera vez, la mayoría de la población mundial vive en ciudades”.

Calidad de Vida de las Personas Mayores

Una herramienta de gestión orientada a la acción política local

- “El mundo también se ha hecho mucho más rico gracias al desarrollo socioeconómico casi global, aunque en muchos lugares esto ha traído consigo un aumento de la disparidad, en gran medida evitable.
- “Para algunas las personas mayores, particularmente aquellas que tienen conocimientos y habilidades deseables y flexibilidad financiera, estos cambios crean nuevas oportunidades. Para otras, puede que estos cambios supriman las redes de seguridad social que, de otra manera, hubieran tenido a disposición”.
- “En muchos países la proporción de las personas mayores que viven solas aumenta en forma notable”.
- “La reducción del tamaño de la familia a veces limita las oportunidades de disfrutar de atención recíproca o compartir los bienes que suelen estar disponibles en hogares más grandes, y esto también puede aumentar el riesgo de pobreza”
- “Muchas las personas mayores de todos modos prefieren vivir en su propio hogar y comunidad el mayor tiempo que sea posible”
- “En el pasado, las mujeres desempeñaban la función esencial de cuidadoras, tanto de los niños como de los familiares de edad. Esta función restringía la participación de las mujeres en la fuerza laboral remunerada, lo que tuvo muchas consecuencias negativas para ellas, como un mayor riesgo de pobreza, menor acceso a servicios de salud y seguridad social de calidad, mayor riesgo de abuso, mala salud y menor probabilidad de acceder a una jubilación. En la actualidad, las mujeres cada vez más desempeñan otras funciones, lo que les proporciona mayor seguridad en la vejez. Pero estos cambios también limitan la capacidad de las mujeres y las familias para cuidar a las personas mayores que lo necesitan”.
- “En muchos lugares del mundo, se está debilitando o, al menos, transformando la posición tradicional de las personas mayores como seres respetados en la familia o la sociedad”.

En Latinoamérica

▪ El Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM, sus siglas en inglés son MHAS) se inició como un estudio prospectivo de salud y envejecimiento en México, y se encuentra dentro del grupo del HRS.

La encuesta basal, con representación nacional y urbana/rural se llevó a cabo en 2001 y una encuesta de seguimiento fue realizada en 2003. La segunda encuesta de seguimiento que se realizó en 2012 y la tercera fue completada en 2015.

▪ El estudio similar realizado en Puerto Rico se denomina PREHCO (Puerto Rican Elderly Health Conditions) y brinda información para investigadores y políticos sobre problemas que afectan la población adulta mayor del país. Se realizó en 2002-2003 y 2006-2007. Este estudio también está en el grupo del HRS.

▪ En Chile se realiza la “Encuesta Calidad de Vida en la Vejez” desde hace más de 10 años con el fin de “conocer y compartir información relevante sobre la calidad de vida y el bienestar de las personas mayores”. “Permite no solo conocer la situación actual de este grupo en relación a la calidad de vida, sino también su evolución en el tiempo. Algunos aspectos fundamentales investigados son; “bienestar general, situación de salud, económica, social y familiar”. (Herrera Ponce et al. 2017)

ANEXO N° 2: Carta de intención

Ciudad de, fecha.

Dirección Provincial de Políticas para Las personas mayores
Ministerio de Trabajo, Desarrollo Social y Seguridad
Provincia de Neuquén

De mi mayor consideración, me dirijo a ustedes con el fin de informarles que desde el equipo de gobierno de la ciudad de ... estamos interesados en mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Para esto, consideramos esencial conocer su realidad, sus necesidades, sus sentimientos y así poder diseñar o modificar políticas públicas que tengan el impacto esperado.

Hemos analizado la herramienta que ustedes nos han presentado y sugerido y luego de una decisión conjunta con el resto del equipo de gobierno, hemos decidido implementarla en nuestra ciudad.

Por este motivo, enviamos esta nota de intención de trabajar en este tema y exponemos a continuación quién será el responsable de coordinar la implementación del proyecto, como referente municipal:

- Nombre y apellido:
- Cargo que ocupa:
- Formación:
- Antecedentes en la temática:

Agradecidos por el apoyo brindado, y esperando contar con su asistencia técnica durante el desarrollo del proceso, me despido atentamente.

Firma del Intendente

ANEXO N° 3: Capacitación en Planificación Estratégica para equipos locales

La temática de los talleres será:

1. planificación
2. diagnóstico local participativo de calidad de vida de adultos mayores
3. análisis de situación local
4. problema: definición, enunciación, priorización y análisis de sus causas.
5. análisis del contexto
6. definición de estrategias
7. diseño del plan de acción

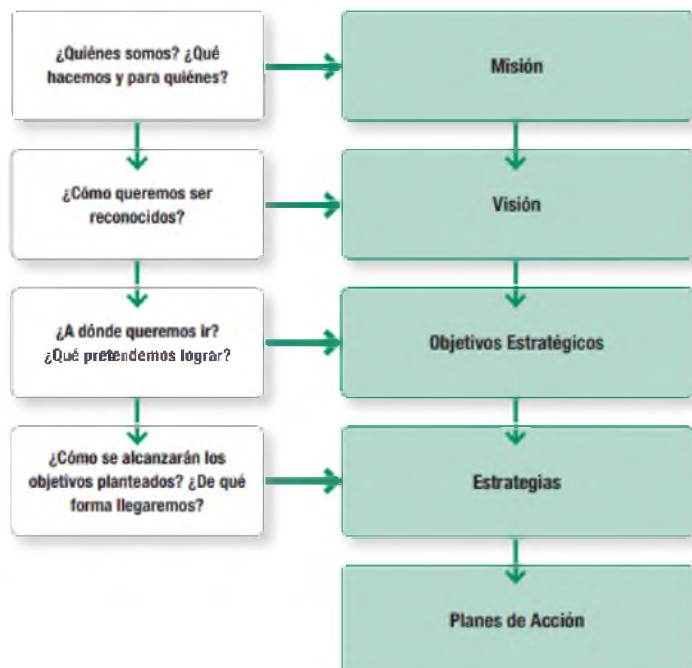
Tema 1: Planificación

Los temas a desarrollar serán:

- **¿Por qué planificar?** Según Carlos Matus, “la planificación es el cálculo que precede y preside la acción, no sólo anticipa para prever las acciones sino también las gobierna, adecuándolas a los obstáculos y circunstancias cambiantes, pero sin perder de vista el objetivo. Porque si no planificamos no tenemos manera de saber si estamos yendo o no en la dirección correcta” (Kestelman y Crivelli, 2010).
- En esta jornada se abordará la importancia de **diseñar la estrategia y el plan de acción**. La estrategia facilita la selección de las alternativas de acción más adecuadas; por eso debe responder a la pregunta: ¿Cómo se alcanzarán los objetivos planteados? ¿De qué forma llegaremos? Los planes de acción son los que permiten ejecutar las estrategias, deben determinar los pasos a seguir, responsables, plazos y recursos necesarios para alcanzar los objetivos, de acuerdo con la misión establecida, ver Gráfico 7. (Fernández Arroyo, N. y Schejtman, L. 2012)

Gráfico 7: Preguntas guía para establecer misión, visión, objetivos estratégicos y estrategias.

Fuente: Fernández Arroyo, N. y Schejtman, L. (2012)



Tema 2: Diagnóstico Local de calidad de vida de los adultos mayores.

El mismo se realizará en base a tres herramientas:

- **descripción socio-demográfica** de la localidad.

Se propone recolectar información sobre características geográficas, culturales, sociales, etc. que influyan en la calidad de vida de los adultos mayores de la localidad (Anexo 4)

- la **encuesta** que se realizará a los adultos mayores (herramienta diseñada por los expertos). El detalle sobre la misma está en la actividad N° 6 del presente proyecto.

- el **Protocolo de Vancouver modificado** para trabajar con **grupos focales de adultos mayores, cuidadores y con entrevistas a actores claves** de la comunidad. Anexo 5.

. Grupos focales de adultos mayores.

Del protocolo de Vancouver (OMS 2007) se excluyen temas por su solución no estar dentro de la incumbencia de la Dirección Provincial de Políticas para Adultos Mayores. Los temas que se excluyen son: espacios al aire libre y edificios, transporte, vivienda y empleo. Los cinco temas que se abordan en los grupos focales del presente proyectos serán: Respeto e inclusión social, Participación social, Comunicación e información, Participación cívica y Asistencia comunitaria y servicios sanitarios

En la ciudad capital se realizarán entre 6 y 8 grupos focales; en las ciudades medianas, la cantidad de grupos de adultos mayores será entre 6 y 4; y en las ciudades pequeñas se realizarán sólo 2 grupos que se diferenciarán por el nivel socioeconómico, no por las edades ya que se incluirán en los dos grupos adultos mayores de 60 años sin separar a los mayores de 75.

. Valoración de la calidad de vida por parte de terceros

- Grupos focales de cuidadores y acompañantes
- Entrevistas semiestructuradas con los proveedores de servicios.

Tema 3: Análisis Local de calidad de vida de los adultos mayores.

Toda la información que surgió como resultado de la investigación de datos sociodemográficos, las encuestas, los grupos focales y las entrevistas, será el material sobre el cual se realizará el análisis de situación. Toda la información relevada será sometida a un análisis activo y dialogado entre todos los participantes de equipo de trabajo, lo que permitirá **agruparla por temas**. (Ministerio de Salud de la Nación, 2017)

Luego, a partir de ellos, se detectarán los **problemas / necesidades** que presenta el grupo de adultos mayores de esa localidad y también se detectarán los **recursos / fortalezas** existentes.

Tema 4: Problemas

- **Definir qué es un problema** es fundamental al momento de realizar el análisis de la información obtenida en el objetivo 1 y previo a su enunciación y priorización, Carlos Matus explica que comprende cuatro elementos (Kestelman y Crivelli, 2010):

. Es una realidad insatisfactoria: existe una brecha entre lo que es y lo que debería ser (expectativas, ideales o normas)

. Posible de cambiar con su intervención: si no puede modificar esta realidad, escapa a sus posibilidades y no se define como problema.

. Que desafía a la acción: lo incluye dentro de sus objetivos a lograr.

. Definido por un actor social, individual o colectivo: por lo tanto, esta percepción de la realidad es propia de ese actor y puede no ser compartida por otros.

En este punto es importante la misión y los valores del grupo que define el problema, porque influye directamente en la percepción del mismo. Si para el grupo, la información recabada no es un problema, no se va a ocupar de solucionarlo.

La planificación depende de los actores sociales involucrados, por lo tanto, presenta altos niveles de subjetividad. No hay diagnósticos “objetivos”, “correctos” ni “verdaderos”, ya que las percepciones y valores de los actores determinan lo que es definido como una situación problemática; en este sentido es que Matus habla de explicación situacional y no de diagnósticos. Estos consensos respecto a las definiciones del problema, luego construirán viabilidad a la implementación de las propuestas de solución, generarán sentido de apropiación y compromiso con lo planificado.

- Cada uno de esos problemas detectados deberá ser **enunciado en forma completa**, teniendo en cuenta:

- . indicador que da cuenta del problema
- . su relevancia, dada por el análisis comparativo de los indicadores.
- . población afectada por el problema
- . nivel en que se constata el problema (por ejemplo: local, departamental, provincial).
- . lugar de ocurrencia (por ejemplo: “municipio”, si afecta a la totalidad o bien si el problema está disperso; “barrio”, si el problema es localizable).
- . año o periodo de ocurrencia (por ejemplo: mensual, anual).
- . estacionalidad del problema (si es pertinente identificar un momento del año en que sucede).
- . fuente de datos y calidad de los registros.

- Luego de completar el listado de problemas, enunciados en forma completa (lo cual permite ya comenzar a profundizar en el mismo), el mismo debe ser sometido a una **priorización** para permitir luego focalizar los esfuerzos en los principales (ya que los recursos no son suficientes para poder actuar en un mismo momento sobre todas las necesidades encontradas).

La priorización es un proceso de valoración técnico-político, para el cual se propone, en el presente proyecto, utilizar una combinación de dos de las técnicas detalladas: la “Matriz de priorización de problemas” combinada con la “Priorización por votación por matriz de criterios” de los cuales se propondrá como más relevantes: magnitud, gravedad, vulnerabilidad, costo-efectividad, viabilidad, sinergia, percepción y valoración de la comunidad. (Ministerio de Salud de la Nación. 2010)

La descripción de ellas se detalla a continuación (Sánchez-Ledesma, E. et al. 2018):

- . Priorización por votación: se distinguen tres sistemas de votación: simple (una persona, un voto), ponderada (cada persona tiene diversos votos y los distribuye según su criterio) y por matriz de criterios (adecuada cuando las opciones son complejas y deben considerarse múltiples criterios para escoger).
- . Matriz de priorización de problemas: Técnica de consenso y priorización que establece un orden jerárquico por criterios definidos previamente, a los que se les puede asignar una ponderación.

Calidad de Vida de las Personas Mayores

Una herramienta de gestión orientada a la acción política local

Como herramienta para la priorización, se postula la siguiente tabla (Gráfico 8):

Gráfico 8: Criterios para priorizar problemas.

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación 2017.

| CRITERIOS Y PUNTAJES CORRESPONDIENTES PARA PRIORIZAR PROBLEMAS DE SALUD | |
|--|--|
| Problemas detectados | |
| Nivel del indicador <i>El indicador del problema es... Local: 4 / Sub local: 3 / Departamental: 2 / Provincial: 1 / Nacional: 0</i> | |
| Cantidad de población en riesgo de padecer el problema <i>La mayoría: 4 / La mitad: 3 / Menos de la mitad: 2 / Pocos: 1 / Muy pocos: 0</i> | |
| Tendencia del problema para los próximos años <i>Creciente: 4 / Levemente creciente: 3 / Inestable: 2 / Estable: 1 / Decreciente: 0</i> | |
| Posibilidades de ocasionar daños importantes <i>Muy alta: 4 / Alta: 3 / Media: 2 / Baja: 1 / Ninguna: 0</i> | |
| Posibilidad de reducir los daños con prevención primaria <i>Muy alta: 4 / Alta: 3 / Media: 2 / Baja: 1 / Ninguna: 0</i> | |
| Posibilidades de solución | Institucional <i>Muy alta: 4 / Alta: 3 / Media: 2 / Baja: 1 / Ninguna: 0</i> |
| | Financiera <i>Baja inversión: 4 / Inversión media: 3 / Alta inversión: 2 / Muy alta inversión: 1 / Sin recursos: 0</i> |
| Grado de interés de la comunidad en solucionar el problema <i>Muy alta: 4 / Alta: 3 / Media: 2 / Baja: 1 / Ninguna: 0</i> | |
| Puntaje Total <i>Sumatoria de los puntajes parciales</i> | |

- Una vez priorizados los problemas es imprescindible, para poder continuar el proceso de planificación, **analizar sus causas** e identificar las posibles relaciones que existen entre ellas, para definir las acciones. (Ministerio de Salud de la Nación 2010). Existen diferentes técnicas para investigar las causas de los problemas, las más usadas son: diagrama causa efecto, flujograma situacional y árbol del problema. Se detalla esta última por ser la elegida para utilizar en el proyecto:

Árbol del problema: se formula el problema central (tronco del árbol) como estado negativo, se anotan sus consecuencias (ramas) y sus causas (raíces) y se piensa las interrelaciones entre ellas (Ministerio de Salud de la Nación 2010).

Se deben diferenciar causas estructurales de las que sean plausibles de ser modificadas por el equipo de trabajo. (Fernández Arroyo, N. y Schejtman, L. 2012)

Tema N° 5: Análisis del contexto

El **análisis del contexto** se realizará a través de las siguientes técnicas: mapa de actores, campo de fuerzas y FODA.

- Mapa de actores: Son individuos o grupos que aportan al problema, no se buscan los “culpables” sino quienes podrían aportar a su solución. Se debe especificar su nivel jurisdiccional y sector, breve descripción de sus funciones

Calidad de Vida de las Personas Mayores

Una herramienta de gestión orientada a la acción política local

y objetivos, su poder de influencia en el problema, y los recursos que podría aportar al proyecto. Fernández Arroyo, N. y Schejtman, L. (2012)

- Matriz FODA: Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas.

Permite analizar factores internos a favor (fortalezas) y fuerzas en contra (debilidades) del objetivo principal; como también factores externos a favor (oportunidades) y fuerzas en contra (amenazas). Estas fuerzas pueden ser: recursos, intereses o necesidades de personas o grupos, estructuras, valores, tradiciones, prácticas y costumbres, tendencias sociales, posturas predominantes, normativas, políticas de otros niveles jurisdiccionales, deseos y costos, entre otros; y deben ser ponderados según su magnitud. (Fernández Arroyo, N. y Schejtman, L. 2012)

Esta herramienta (Gráfico 9) permite completar el mapa de actores involucrados en el problema en cuestión y también construir los posibles escenarios, para poder encontrar maneras de reducir las fuerzas restrictivas y capitalizar las conductoras.

Gráfico 9: Matriz FODA

Fuente: Fernández Arroyo, N. y Schejtman, L. (2012)

| | POSITIVOS Facilitan el logro del objetivo | NEGATIVOS Dificultan el logro del objetivo |
|----------|--|---|
| INTERNOS | FORTALEZAS | DEBILIDADES |
| EXTERNOS | OPORTUNIDADES | AMENAZAS |

Tema N° 6: Definición de estrategias

Como siguiente paso, más complejo, en base a la misma herramienta, se propone **definir las estrategias** en base a la combinación que resulta del cuadro anterior, ver gráfico 10.

El plan sólo adquiere sentido cuando es implementado (no es posible pensar en la planificación como un fin en sí mismo, no tiene sentido “planificar por planificar” sino que se planifica para transformar una realidad, por lo tanto, se planifica para hacer. (Wilner, A. y Mokate, K.)

Gráfico 10: Estrategias en base a matriz FODA

Fuente: Fernández Arroyo, N. y Schejtman, L. (2012)

| | | Internas | |
|----------|---|--|--|
| | | Fortalezas (F) Hacer lista de fortalezas | Debilidades (D) Hacer lista de debilidades |
| Externas | Oportunidades (O) Hacer lista de oportunidades | Estrategias (FO) Usar las fortalezas para aprovechar oportunidades | Estrategias (DO) Minimizar debilidades aprovechando oportunidades |
| | Amenazas (A) Hacer lista de amenazas | Estrategias (FA) Usar fortalezas para evitar o reducir el impacto de las amenazas | Estrategias (DA) Minimizar las debilidades y evitar amenazas |

Tema N° 7: Diseño del plan de acción

Teniendo como antecedente todo lo aprendido y analizado hasta aquí, lo que sigue será plantear los **objetivos**. (Fernández Arroyo y Schejtman, 2012). Los autores plantean que se deben definir objetivo general y objetivos específicos que sirvan como guía para la puesta en marcha de una política pública y que permitan describir de forma clara cómo se concibe el escenario futuro. El objetivo general es el logro último que se pretende alcanzar mediante el cumplimiento de objetivos específicos que, a su vez, se logran a través de la implementación de acciones (las cuales incluyen responsable, indicadores, etc.). Los autores proponen convertir el árbol de problema en árbol de objetivos, en el cual las causas del primero serán los **medios** del segundo y las consecuencias del primero, los **finés** del segundo. El problema descrito en negativo, deberá reemplazarse por una enunciación positiva, deseable y realizable para convertirlo en objetivo. Ver Gráfico 11.

Gráfico 11: Establecimiento de objetivos generales, específicos, resultados y actividades.



Fuente: Fernández Arroyo. y Schejtman, (2012)

Luego se deben plantear las **alternativas de acción** siguiendo el camino lógico:

Acción → Medio → Causa → Problema

“La existencia de un problema se explica por la existencia de una causa que lo provoca, para solucionarlo es necesario recurrir a unos medios que eliminen la causa, para hacer efectivo este medio se debe identificar una acción que lo operacionalice” (Fernández Arroyo, y Schejtman, 2012 citando a Ortegón).

Para cada curso de acción, los mismos autores proponen evaluar:

- las variables que los influyen: la experiencia del equipo de trabajo, su orientación política, las limitaciones del contexto local (políticas, sociales, culturales), la normativa vigente (local, provincial o nacional) y las oportunidades de la coyuntura.
- su grado de independencia: si son excluyentes o complementarios (para poder agruparlos)
- su grado de influencia en el logro de los objetivos
- su viabilidad política, presupuestaria y cultural

Y, a partir de lo analizado, se realizará la selección de alternativas de acción que promuevan el logro de los objetivos.

Tanto la definición de las alternativas como su selección deben incorporar, en la medida de lo posible, la participación de la comunidad o parte de ella, aspecto que se logra al contar con adultos mayores como protagonistas del equipo local.

Una vez seleccionada la alternativa de acción que será implementada, se debe diseñar el **plan concreto de trabajo**, cuya finalidad será obtener el resultado deseado. (Fernández Arroyo y Schejtman, 2012)

El plan está formado por los **componentes** y cada componente incluye **actividades** que se presentarán en orden cronológico y que realizarán los equipos encargados de la implementación, para las cuales son necesarios recursos económicos, materiales, humanos y otros. Además, cada actividad deberá tener un **indicador** que permita su monitoreo. Pueden ser de calidad, cantidad o tiempo y deben medir el cambio que puede atribuirse al proyecto. Los mismos deben ser específicos, realizables, medibles y relevantes. Y también, cada indicador deberá contar con una **fuentes de verificación** (de donde saldrá la información para poder armar ese indicador) y cada cuánto se monitorizará. Además, se deberá estipular una **meta** para cada indicador (que tendrá como base el diagnóstico inicial y deberá reflejar el punto al que se quiere llegar con el proyecto). Estas metas serán sobre las que se realizarán las evaluaciones parciales o finales. (Fernández Arroyo y Schejtman, 2012)

Arnoletto y Beltran. (1997) indican que el control de las actividades implica una valorización a los resultados obtenidos y permite, luego de compararlos con lo previsto en la planificación, reorientar las acciones para alcanzar los objetivos y, en el encauce de las acciones, permite el aprendizaje a partir de la sistematización de las experiencias.

El **monitoreo** y la **evaluación** (Fernández Arroyo y Schejtman, 2012) permiten tomar decisiones sobre el curso de las acciones, profundizar, modificar o rediseñar una determinada iniciativa. La información que provee permite un mejor y más eficiente uso de los recursos, mejorar la definición de metas y plazos, y facilitar el diseño de iniciativas futuras. El monitoreo es continuo y permanente durante la ejecución del proyecto y utiliza indicadores de insumos, procesos y productos. En cambio, la evaluación se realiza en períodos previamente establecidos y de forma regular, pero espaciada. y utiliza indicadores de resultado e impacto. Este proceso de monitoreo y evaluación se realiza a través de los indicadores, los cuales pueden plantearse en un “tablero de gestión” para su fácil acceso. (Fernández Arroyo y Schejtman, 2012).

ANEXO N° 4: Principales características del MUNICIPIO...

Este informe tiene como objetivo describir en forma cualitativa y cuantitativa la realidad local de las personas mayores, para que luego pueda ser insumo para la creación o modificación de políticas públicas que mejoren la calidad de vida de la población mayor de 60 años.

- Ubicación del municipio en el mapa provincial:
- Condiciones sociodemográficas, económicas, habitacionales y de servicios de la ciudad:
- Cantidad de habitantes según último Censo.
- Pirámide poblacional.
- Cantidad de habitantes mayores de 60 años.
- Porcentaje de la población rural y urbana (si son localidades del interior de la provincia, donde la población rural es considerable).
- Principales actividades económicas.
- Características habitacionales: tipo de vivienda, hacinamiento, servicios básicos.
- Cantidad de las personas mayores afiliados a PAMI y a ISSN.
- Servicios de salud: consultorios o clínicas privadas, hospital, centros de salud (enumerarlos y si se pudiera, cantidad de médicos en cada institución)
- Además de los datos cuantitativos, cabe aclarar en este espacio, aspectos cualitativos recabados en la investigación, que no estén incluidos en los indicadores antes descriptos:
- Autores del informe:

Con el apoyo del Intendente...

ANEXO N° 5: Protocolo de Vancouver modificado.

Metodología del Proyecto de Ciudades amigables con los mayores de la OMS Protocolo de Vancouver Organización Mundial de la Salud

Metodología de evaluación de los grupos focales de la Comunidad

Este apartado describe la metodología para evaluar las facilidades para los mayores y cuáles son los problemas o las barreras que requerirán la acción de la comunidad. Este trabajo posibilitará la creación de un perfil de la comunidad local a través de la realización de grupos focales con ancianos y cuidadores de mayores y de entrevistas con proveedores de servicios locales.

Grupos focales con ancianos y cuidadores

Debe reunirse un grupo mínimo de cinco (5) grupos focales, cuatro (4) de los cuales serán las personas mayores y uno (1) cuidadores informales de ancianos que sufran discapacidades moderadas o severas.

Cada grupo focal se compondrá de unas 8-10 personas. Se debe hacer lo posible para conseguir participantes de distintas fuentes. Debe invitarse a unas 12-15 personas en cada grupo por si acaso alguien no se presenta. Puede animarse a los voluntarios a “llevar a otra persona mayor, familiar o amigo” a la sesión del grupo focal ya que el objeto de la investigación no tiene un carácter especialmente confidencial ni privado. Para mejorar la cantidad y eficacia de la información suministrada por los grupos focales, debe entregarse una copia de las preguntas a las personas de los grupos con antelación para preparar la sesión.

Los grupos de mayores se separarán en base a 2 grupos de edad (de 60 a 74 años y mayores de 75) y al nivel socioeconómico (como mínimo, nivel medio y nivel bajo) para componer el grupo de la siguiente forma:

| Grupo | Edad | Nivel socioeconómico |
|-------|-----------|----------------------|
| 1 | 60-74 | Bajo |
| 2 | 60-74 | Medio |
| 3 | Más de 75 | Bajo |
| 4 | Más de 75 | Medio |

Debe intentarse incluir a personas más mayores, es decir, de más de 85 años, en los grupos focales. Cada grupo estará compuesto de hombres y mujeres para reflejar la distribución de sexos en la población anciana. Aunque la norma es la combinación de personas de ambos sexos, pueden reunirse grupos de mujeres y hombres por separado, si es preferible en la cultura local.

Preferentemente, la selección por nivel económico se basará en el nivel económico del barrio en el que los participantes residen, no en los ingresos de los participantes individuales, para evitar realizar preguntas potencialmente improcedentes sobre ingresos personales.

Cada grupo debe contar también con personas sin discapacidades, con discapacidades leves y moderadas, para representar la gran variedad de niveles de discapacidad que presenta la población anciana. Debe intentarse que en cada grupo de las personas mayores de 75 años al menos la mitad tenga algún tipo de

discapacidad (¡no sólo llevar gafas!). Si su comunidad cuenta con un porcentaje significativo de ancianos de grupos etnoculturales minoritarios, es aconsejable intentar incluir a dichas personas dentro de los grupos focales de modo que también expresen su opinión.

Con respecto a los cuidadores, la única característica importante de los miembros de este grupo es que todos ellos proporcionen cuidados directos a un anciano con discapacidades moderadas o graves.

En este grupo focal, los cuidadores expresarán sus puntos de vista sobre las ventajas y dificultades a las que se enfrentan las personas a las que cuidan. Las áreas temáticas son las mismas, con ligeras modificaciones de la cuestión principal, por ejemplo:

“Describa cómo es para la persona a la que cuida.... (área temática)”

Todos los participantes en los grupos focales de ancianos y cuidadores deben seleccionarse de la comunidad geográfica que está bajo estudio. Es aceptable el muestreo y selección por conveniencia en la comunidad. Los centros religiosos, sociales, de voluntarios y de ocio donde se reúnen los ancianos y los organismos o servicios comunitarios con una clientela importante de las personas mayores son lugares recomendados en los que seleccionar a las personas.

Se informará a todos los futuros participantes, oralmente y por escrito, del objetivo de la investigación, el procedimiento y temas de consulta y se obtendrá su consentimiento informado con anterioridad. Se requerirá que cada país cumpla los procedimientos de Estudio ético y Consentimiento informado.

Se incluye un formulario de muestra de consentimiento informado que puede adaptarse si es necesario.

Entrevistas con Proveedores de Servicios

Los grupos focales deben componerse de proveedores de servicios de cada una de las siguientes categorías:

- **personal profesional de los servicios municipales o regionales públicos** en áreas clave (diseño urbano, cultura, parques y ocio, servicios sanitarios y sociales, transporte, seguridad, policía)
- **empresarios y comerciantes** (representante de la cámara de comercio, bancos, gerentes de tiendas de alimentación, farmacéuticos, encargados de restaurantes, peluqueros/barberos, directores de centros comerciales, servicios de prensa...)
- **organizaciones de voluntarios** (por ejemplo, organismos de servicio social, Cruz Roja, ONGs, Asociación contra el Alzheimer u otra ONG sanitaria, organizaciones religiosas, asilos)

Se requiere el consentimiento informado por escrito de cada participante.

Se tratarán las mismas áreas temáticas, con la siguiente pregunta fundamental:

“Desde su punto de vista y experiencia profesional, cómo es para las personas mayores....?”

Guía de procedimiento del grupo focal

Organización

La selección del lugar para realizar el grupo focal debe realizarse teniendo en cuenta lo siguiente:

- dimensiones de la sala (la sala debe acoger una mesa o varias sillas dispuestas en círculo para que todos los participantes y el moderador se sienten cómodamente)
- se necesita una pizarra o equivalente
- comodidad (sillas etc.)
- accesibilidad (al respecto de acceso geográfico y consideración de las personas con discapacidades), y
- opciones de transporte disponibles.

Se dedicará un total de 2,5 – 3 horas para cada grupo (incluyendo un descanso de 20-30 minutos). Si es demasiado tiempo, se realizarán 2 sesiones en 2 días distintos. Otras formas de mejorar la eficiencia del tiempo utilizado son:

- Evitar la repetición de temas y cuestiones que se hayan tratado con anterioridad
- Si una temática no suscita mucho debate a pesar de que se formule una serie de preguntas, pasar al siguiente tema – puede que otro grupo de participantes tenga algo más que decir sobre ese tema en concreto.

Deben proporcionarse un pequeño aperitivo, incluyendo bebidas, a los participantes. Debe entregarse a cada participante una etiqueta que indique su nombre o apellido (como sea apropiado culturalmente). Se necesita una pizarra o rotafolio para registrar e ilustrar ideas y temas que surjan.

Debe grabarse en una cinta de audio a cada grupo focal (por partida doble, para más seguridad) y las cintas deben transcribirse lo antes posible.

Papel del Moderador del Grupo Focal

El moderador del grupo focal será la persona responsable de realizar la investigación. El moderador debe tener experiencia en la metodología de los grupos focales, así como conocimientos de gerontología. El papel de investigador como moderador del grupo focal es la de mantener al grupo “centrado” y la de generar un debate activo y productivo mediante la participación de todos los presentes. Deben tratarse tantos temas como sea posible, con preguntas para realizar y moderar su debate si así se requiere.

Papel del asistente

Un asistente debe estar presente en cada sesión del grupo focal. El trabajo del asistente incluye:

- Acondicionar la sala;
- Organizar el aperitivo;
- Asistir al moderador en lo que requiera realizando anotaciones en la pizarra; garantizar que las sesiones se graban por partida doble y que las grabadoras funcionan correctamente;
- Proporcionar asistencia general al moderador del grupo focal.

Funcionamiento del grupo

El debate del grupo focal, incluyendo el descanso a mitad de la charla no debe durar más de 2,5 – 3 horas como máximo. Deben dejarse 10-15 minutos por pregunta (es decir, de 1 hora 40 minutos a 2,5 horas). Es preferible permitir que el grupo trate temas de actualidad en la medida en que surjan, antes que imponer una agenda arbitraria. Permita que el debate de cada grupo se desarrolle de formas distintas.

Las sesiones deben grabarse en una cinta y transcribirse. Utilice dos grabadoras por si una de ellas no funciona correctamente.

Consentimiento Informado

Cada país tiene sus propios requisitos legales y prácticas aceptadas sobre el Consentimiento Informado y/o Estudio ético de la participación del grupo focal. Véase

un formulario de muestra de consentimiento informado que puede adaptarse si es necesario.

Participación de los participantes del grupo focal

Cuando se seleccionan los participantes, deben recibir una lista de temas y preguntas y debe preguntarse qué piensan sobre las mismas para preparar el debate del grupo focal. Esto garantizará que los participantes estén plenamente informados sobre la investigación y que el debate será lo más fructífero y eficaz posible.

Tratamiento de imprevistos

Como los moderadores de los grupos focales tienen experiencia en esta metodología, deben estar preparados ante conflictos o circunstancias imprevistas que pueden surgir. Tenga información a mano sobre servicios de asesoramiento u otros servicios si surgen temas que requieren dicho seguimiento.

Procedimiento de guía del debate

Para comenzar con los grupos, realice una breve introducción que explique la finalidad del grupo focal y las contribuciones que se esperan de los participantes. Por ejemplo, *“Buenos días/buenas tardes. Me llamo ... Gracias a todos por venir hoy y por dedicarnos vuestro tiempo. Lo que vamos a hacer hoy es obtener información sobre la ciudad (nombre de la ciudad) gracias a ustedes. Queremos saber qué facilidades para los mayores presenta su comunidad.*

Una comunidad amigable con los mayores es la que permite que las personas mayores vivan con seguridad, conserven su salud y participen completamente en la sociedad.

Vamos a hablar sobre muchos aspectos distintos de la comunidad, incluyendo el entorno, edificios, carreteras y diferentes servicios y actividades en la comunidad.

Según su experiencia como (elegir uno de lo siguiente)

- *Persona mayor;*
- *Persona que presta cuidados a un mayor,*
- *Proveedor de servicios en la comunidad*

Quiero que me cuenten experiencias positivas, o características positivas de la ciudad (nombre de la ciudad) que muestren de qué manera la ciudad es “amigable con los mayores”.

Quiero también escuchar experiencias negativas, o características negativas de la ciudad que muestren de qué manera la ciudad NO es “amigable con los mayores”.

Por último, quiero que sugieran formas de mejorar las facilidades para los mayores en la ciudad.

No hay respuestas incorrectas. La opinión de todas las personas es importante.

La sesión va a ser grabada de modo que no se nos escape nada de lo que ustedes digan. Tengan la seguridad de que no se les identificará personalmente en el informe final. De modo que podamos entender la grabación, es importante que sólo una persona hable en cada turno y nos aseguraremos de que todo el mundo tiene oportunidad de expresar su opinión.

Ahora comencemos con...”

Las preguntas son intencionalmente amplias, ya que es importante que los participantes expongan espontáneamente temas cuestiones específicas relevantes para ellos. Sólo cuando parezca que algunos temas no van a surgir espontáneamente es adecuado que el moderador formule preguntas específicas para una investigación oportuna.

Debe intentarse tratar todas las áreas temáticas. La terminología variará según los países y estratos, así como el nivel del lenguaje utilizado. Para algunos grupos serán

necesarias más preguntas que para otros y puede que sea necesario ser menos directo a la hora de formular las preguntas, dependiendo del perfil de los participantes. Cuando se lleven a cabo las sesiones con los grupos focales, debe empezarse por una pregunta de “calentamiento”, para seguir con la parte central del cuestionario durante la cual se realizará lo esencial del trabajo, que finalizará con una pregunta de “conclusión” que permitirá a los participantes exponer otros temas importantes según su opinión.

Cuestionario del Grupo Focal

Temas y Preguntas abiertas Indicaciones

PREGUNTA DE CALENTAMIENTO

¿Cómo se vive en (nombre de la ciudad/distrito) siendo una persona mayor?
Preguntar características positivas y problemas.

Tema 1.

RESPECTO E INCLUSIÓN SOCIAL

El siguiente tema trata sobre cómo la comunidad demuestra respeto e incluye a las personas mayores.

Quiero que me cuenten experiencias positivas, negativas, así como sus ideas sobre lo que se puede mejorar. ¿De qué forma la comunidad muestra respeto, o no lo muestra, ante ustedes como las personas mayores? ¿De qué forma la comunidad les incluye, o no les incluye como las personas mayores en actividades y eventos?

Preguntar sobre educación, escucha, amabilidad, respuesta a sus necesidades en servicios y programas, asesoramiento, opciones ofrecidas, reconocimiento público de las contribuciones de los mayores, actividades intergeneracionales.

Tema 2.

PARTICIPACIÓN SOCIAL

Hablemos ahora sobre actividades sociales y de ocio.

Quiero que me cuenten experiencias positivas, negativas, así como sus ideas sobre lo que se puede mejorar. ¿Es sencillo relacionarse en su comunidad? Háblenme sobre su participación en otras actividades, como actividades educativas, culturales, recreativas o espirituales.

Preguntar sobre las actividades sociales y de ocio: ¿son caras?, ¿accesibles?, ¿frecuentes?, ¿tienen una ubicación conveniente?, ¿se celebran en horas convenientes?, ¿ofrecen oportunidades?, ¿son interesantes?

Tema 3.

COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN

En el siguiente tema estudiaremos cómo se manejan con la información.

Nuevamente, quiero que me cuenten experiencias positivas, negativas, así como sus ideas sobre lo que se puede mejorar. ¿Cuál es su experiencia a la hora de obtener la información que necesita en su comunidad, por ejemplo, al respecto de servicios o eventos? Puede ser información obtenida por teléfono, radio, televisión, de forma impresa o en persona.

Preguntar sobre la información: ¿es accesible?, ¿es útil?, ¿oportuna?, ¿fácil de entender?, ¿tienen dificultades con los sistemas automatizados, los formatos impresos y los tamaños?

Tema 4.

PARTICIPACIÓN CÍVICA

Quiero conocer sus experiencias al respecto trabajo voluntario y sobre su participación en cuestiones públicas.

Quiero que me cuenten experiencias positivas, negativas, así como sus ideas sobre lo que se puede mejorar. Háblenme sobre su participación en trabajos voluntarios. Háblenme acerca de su participación en cuestiones públicas como asociaciones comunitarias o foros locales.

Tema 5.

ASISTENCIA COMUNITARIA Y SERVICIOS SANITARIOS

Quiero que me hablen sobre los servicios sociales y comunitarios en su lugar de residencia que ayudan a las personas mayores que viven en casa.

Quiero que me cuenten experiencias positivas, negativas, así como sus ideas sobre lo que se puede mejorar. ¿Cuál es su experiencia con los servicios comunitarios que sirven para ayudar a los mayores?

Preguntar sobre tipos de servicios disponibles, accesibilidad, si se lo pueden permitir económicamente, capacidad de respuesta de los servicios ante las necesidades individuales.

PREGUNTA DE CONCLUSIÓN

Antes de finalizar, ¿hay alguna cuestión o tema que no hemos debatido sobre el que deseen opinar?

Análisis de datos e informes

El grupo focal proporcionará descripciones detalladas y relatos de experiencias vividas directamente por las personas mayores e indirectamente a través del grupo focal de cuidadores, al respecto de las facilidades para los mayores en la ciudad. El objetivo del investigador es reunir y comparar las opiniones recogidas en las 5 áreas por los grupos para desvelar:

- Aspectos de la comunidad que son positivos para los mayores (ventajas)
- Barreras y problemas que demuestran que la comunidad no es amigable con los mayores (problemas)
- Sugerencias para mejorar los problemas o barreras identificadas.

Al realizar el análisis, es importante diferenciar el consenso del grupo de las opiniones individuales aisladas (aunque se expresen con mucha determinación). Se pueden citar textualmente opiniones expresadas por los participantes para fundamentar la interpretación, pero estas citas deben reforzar la visión general, no una opinión diferente.

El análisis e informe de los datos del grupo focal debe realizarse en los siguientes pasos consecutivos.

Paso 1. Análisis de los temas de cada uno de los grupos focales (utilizar la hoja de Resumen de Resultados para ver los resultados fácilmente)

Paso 2. Comparación de los temas entre los diferentes grupos de las personas mayores (es decir, por edad y nivel socioeconómico) para identificar patrones y repercusiones.

Paso 3. Comparación de los resultados del grupo focal de las personas mayores con los resultados del grupo focal de cuidadores y proveedores de servicios.

Hoja de Resumen de Resultados

Hoja de Resumen 1 (Una hoja de resumen para cada grupo focal)

¿Cómo es la ciudad para los mayores?

Tema, aspectos positivos para los mayores, barreras y sugerencias de mejora para cada ítem.

- Respeto e inclusión social
- Participación social
- Comunicación e información
- Participación cívica
- Asistencia comunitaria y servicios sanitarios

Temas tratados en la pregunta de conclusión

Anexo 3.1

Consentimiento Informado*

Debido a los principios éticos y al respeto a la autonomía del individuo, la Declaración de Consentimiento Informado” no una simple formalidad. Se considera un procedimiento fundamental para la protección de los derechos de las personas que participan en el estudio.

El proceso de obtener el consentimiento informado de un adulto mayor requiere el entrevistador entienda claramente que el derecho a dar el consentimiento nunca se delega a otra persona por razón de la edad del participante. Este derecho es del participante y no puede ser otorgado a ni negado por ninguna otra persona, siempre y cuando el adulto mayor tuviera capacidad cognitiva para:

- entender que tiene derecho a aceptar participar en la encuesta o rehusar su participación,
- poder tomar una decisión sobre si desea o no participar; y
- comunicar su decisión al entrevistador.

Como resultado, antes de comenzar el grupo focal, debe leer al posible participante la “Declaración de Consentimiento” para participar en el Proyecto de Ciudades Amigables con los Mayores. Debe leerlo despacio. Cuando termine, pregunte al individuo si tiene alguna duda sobre la Declaración. Si la persona sabe leer, déle la oportunidad de sentarse y leer la Declaración por sí mismo.

Una vez que la persona haya dado su consentimiento verbal, entréguele la hoja para que la conserve y pueda consultarla en caso de alguna duda. El coordinador debe firmar en la hoja de “Declaración de Consentimiento” de modo que certifique que el participante ha aceptado voluntariamente tomar parte en el Proyecto de Ciudades Amigables con los Mayores.

Siempre es necesario entregar una copia de la Declaración de Consentimiento al participante con el nombre y número de teléfono de la persona a la que debe llamar en el caso de que le surjan preguntas o dudas sobre el estudio.

* Adaptado del estudio SABE desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud; Washington, D.C.

Declaración de Consentimiento – Estudio de Ciudades Amigables con los Mayores

Declaración que debe leerse a cada participante antes del inicio del grupo focal

¿Cómo está? Mi nombre es y vengo de (nombre de la organización que dirija la investigación del grupo focal).

Ha sido seleccionado para participar en un importante estudio. El objetivo de este estudio es comprender mejor cómo las ciudades pueden ayudar a que los mayores vivan vidas activas y saludables. Durante el debate se le pedirá que comparta sus experiencias positivas y negativas así como sus ideas para mejorar la ciudad para las personas mayores.

Formar parte de este estudio es completamente voluntario. Puede retirarse del estudio en cualquier momento si así lo decide. La reunión que mantengamos quedará grabada pero todo el material de las grabaciones se publicará sin ningún nombre propio. La información por escrito que facilite acerca de usted sólo se utilizará para describir al grupo. Nunca se publicará su nombre.

¿Acepta participar en el estudio? (rodear con un círculo la respuesta oral de la persona)

Sí No

Nombre:

Fecha:

Firma:

(En muchos casos, puede que las personas mayores no deseen firmar porque no saben leer o porque no confían en qué se hará con su firma. Por lo tanto, la firma no es un requisito, sino una opción que se le da al participante).

Anexo 3. 2

Preguntas para Entregar con Anterioridad a las personas mayores Participantes

Gracias por aceptar acudir a la reunión que se celebrará el (día y hora) en (ubicación) para hablar sobre (nombre de la ciudad o distrito).

Estas son las preguntas que se formularán durante la charla. Se ruega que las lean antes de acudir y piensen qué van a contestar sobre cada una de ellas durante la charla.

Piensen en experiencias positivas y negativas que han tenido al respecto de cada tema así como sobre las mejoras que se podrían realizar.

1. Pregunta General

¿Cómo se vive en (nombre de la ciudad/distrito) siendo una persona mayor?

1. Respeto e Inclusión

· ¿De qué forma la comunidad muestra respeto, o no lo muestra, ante usted como persona mayor?

· ¿De qué forma la comunidad le incluye, o no le incluye como persona mayor en actividades y eventos?

2. Participación Social

· ¿Es sencillo relacionarse en su comunidad?

· Hábleme sobre su participación en otras actividades, como actividades educativas, culturales, recreativas o espirituales.

3. Comunicación e Información

· ¿Cuál es su experiencia a la hora de obtener la información que necesita en su comunidad, por ejemplo, al respecto de servicios o eventos? Puede ser información obtenida por teléfono, radio, televisión, de forma impresa o en persona.

4. Participación Cívica

· Hábleme sobre su participación en trabajos voluntarios

· Hábleme acerca de su participación en cuestiones públicas, como asociaciones comunitarias o ayuntamientos.

5. Servicios Sociales y Sanitarios

· ¿Cuál es su experiencia con los servicios comunitarios que sirven para ayudar a los mayores?

Anexo 3.3

INFORMACIÓN SOBRE EL PARTICIPANTE

Las personas mayores

Se necesita cierta información sobre usted de modo que podamos describir las características generales de los voluntarios. Le rogamos complete esta Hoja de Información marcando la respuesta correcta en su caso, o escribiendo la respuesta. Si tiene alguna duda, puede preguntarle al responsable del grupo.

1. Edad _____

2. Sexo: Varón _____ Mujer _____

3. Situación laboral actual:

Jubilado/a: _____

Trabaja a tiempo completo _____

Trabaja a tiempo parcial _____

4. Profesión actual, o si está jubilado/a, profesión a la que se dedicaba: _____

5. Opinión acerca de su salud actual:

Excelente _____ Buena _____ Normal _____ Mala _____

6. ¿Tiene algún problema de salud que le impida realizar sus actividades diarias habituales? Sí _____ No _____

7. Nivel máximo de estudios terminados:

Estudios primarios _____

Estudios secundarios _____

Estudios universitarios _____

8. ¿Vive en una casa de alquiler o de su propiedad?

De alquiler _____ De mi propiedad _____

9. ¿Con quién vive? (marcar todas las respuestas aplicables)

Vivo solo

Vivo con mi pareja o esposo/a

Con mis hijos (Número de hijos _____)

Otros familiares (Número _____) Relación (por ejemplo, madre, hermana...)

Otras personas (Número: _____) Relación (por ejemplo internos, señora de la limpieza...)

Número total de personas que residen en su hogar: _____

10. Barrio y ciudad en la que reside: _____

ANEXO N° 6: Análisis de las encuestas de Calidad de Vida de Las personas mayores implementadas en Argentina en base a las dimensiones del tema.

Las encuestas SABE y ENCaViAM responden a la teoría presentada sobre calidad de vida, donde se expuso que el concepto de calidad de vida incluye:

- Aspectos objetivos: bienes que poseen
- Aspectos subjetivos: cómo se sienten
- Aspecto comparativo: con un patrón (su pasado, su futuro deseado)

La evaluación que efectúa cada persona de su calidad de vida se realiza a nivel personal, social y ecológico a partir del contexto cultural y de sus valores personales. Tal como refiriera Cummins (1998), es importante que se evalúen las 7 áreas, las cuales están presentes en la combinación de las dos encuestas (detallando sus ítems entre paréntesis en cada una de sus áreas) y categorizando en tipo de aspectos (objetivos, subjetivos y de comparación) y al grupo de indicadores de calidad de vida (de resultado, de insumos o de acceso) al que corresponde cada área:

- Bienestar material (gastos en medicamentos, ayudas que recibe, vivienda, situación económica en la infancia, historia laboral pasada y presente, transporte), corresponde a los aspectos objetivos, y indicadores de insumos
- Salud (sexualidad, autopercepción de salud y memoria, antecedentes patológicos y quirúrgicos, medicamentos, caídas/fracturas, depresión y otras enfermedades mentales, visión, audición, dentadura, alimentación pasada y presente, ejercicio, hábitos tóxicos, cobertura de salud, vacunas, medidas antropométricas, amputaciones, fuerza, movilidad y flexibilidad), corresponde a una combinación de aspectos objetivos y subjetivos, son indicadores de resultado.
- Trabajo o actividad productiva (historia laboral e ingresos del pasado y del presente), corresponde a aspectos objetivos, indicadores de insumos.
- Conexiones sociales o familiares (estado civil, hijos, padres), corresponde a aspectos subjetivos, indicadores de resultado.
- Seguridad (si vive solo y dependencias ABVD y AIVD), corresponde al igual que la salud, a una combinación de aspectos objetivos y subjetivos, indicadores de insumo.
- Conexión comunitaria - participación comunitaria (si el AM asiste a actividades de voluntariado tiempo libre), corresponde a aspectos subjetivos, indicadores de resultado.
- Bienestar emocional (satisfacción vital), corresponde al aspecto comparativo, teniendo de base los aspectos objetivos y subjetivos antes mencionados, indicador de resultado.

Esta evaluación que cada persona realiza en cada una de las áreas, es una comparación entre la situación actual y el futuro deseado, o dicho a la inversa: lo que se desea y lo que se alcanza. De esto resulta el nivel de satisfacción / insatisfacción personal que define la calidad de vida de cada persona e incluye la preocupación por la experiencia del sujeto en su vida social, en su actividad cotidiana y de su propia salud. En referencia a lo social, se habla de la “potencialidad” haciendo referencia a la oportunidad de las personas de lograr “funcionamientos valiosos” para la sociedad en la que vive.

Esta herramienta que se diseñe, además de evaluar la calidad de vida de cada uno de las personas mayores entrevistados, debe permitir una mirada positiva, integral y preventiva sobre el envejecimiento, a partir de la cual se pueda hacer foco en las potencialidades más que en las carencias de las personas mayores y con un anclaje comunitario de tipo psicosocial, considerando a la persona como sujeto de derecho y protagonista de su accionar, como se refirió en el marco teórico. Además, debe alcanzar a un número determinado de las personas mayores en cada localidad que abarque todo el espectro de grados de funcionamiento, para que la carencia de autonomía funcional no impida la participación de las personas mayores con mayor grado de vulnerabilidad, ya que sus aportes se consideran especialmente valiosos.

El por qué diseñar un instrumento provincial es que, al realizar un análisis comparativo de las dos encuestas que se realizaron en nuestro país respecto al tema en cuestión (ENCAVIAM Y SABE) se observan algunas cuestiones deficitarias en cada una individualmente:

Ninguna de las dos encuestas tiene en cuenta indicadores de acceso (grado de utilización de los insumos disponibles por parte de la población) y este es un tema interesante a tener en cuenta en el diagnóstico local: conocer los recursos comunitarios y saber si son utilizados, y en caso de no serlo, investigar las causas. Este tema puede ser incluido en la encuesta o bien, se puede obtener información al respecto de los grupos focales que se realizarán con el Protocolo de Vancouver modificado.

ENCAVIAM tiene en cuenta la sexualidad, y si los AM utilizan las tecnologías básicas (cajero automático, celulares) SABE no incluye estos temas que se consideran importantes en la calidad de vida de las personas mayores de la actualidad (cabe recordar en este punto la generación “baby boomers” antes expuesta).

SABE incluye igual que ENCAVIAM:

- . autopercepción de la salud y la memoria (SABE además incluye test de memoria y hace un relevamiento individualizado de las patologías prevalentes en las personas mayores: HTA, DBT, cáncer, enf cardíacas, cerebrales, articulares, respiratorias, incontinencias, enf ginecológicas, próstata)
- . acceso a medicamentos (SABE además incluye gasto en medicamentos)
- . caídas y fracturas (SABE además incluye osteoporosis)
- . depresión (SABE además incluye síntomas de ansiedad o algún otro trastorno psiquiátrico)
- . deficiencias como la visión, la audición y la dentadura
- . dependencias ABVD y AIVD.
- . tiempo libre.
- . ayudas que recibe el AM (ENCAVIAM incluye las ayudas que brinda a otros sin recibir pago y SABE detalla de quién recibe ayuda, sus datos personales, la relación con el AM y cómo lo ayudan)
- . satisfacción vital.
- . maltrato (ENCAVIAM tiene en cuenta la percepción del adulto mayor en su relación con el entorno buscando actitudes de maltrato de la sociedad hacia ellos; SABE investiga situaciones de maltrato familiar pero detectadas por el entrevistador, no se pregunta al adulto mayor al respecto).

SABE tiene en cuenta algunos temas que ENCAVIAM no incluye:

- . datos personales: incluye religión, alfabetización, si vive solo, estado civil, hijos, padres, vivienda, rural/urbano.

Calidad de Vida de las Personas Mayores

Una herramienta de gestión orientada a la acción política local

- . alimentación, ejercicio y hábitos tóxicos (tabaquismo y alcoholismo)
- . sobre su infancia: situación económica, alimentación y problemas de salud.
- . cobertura de salud, vacunas.
- . participación comunitaria: si el AM recibe asistencia de algún programa y si asiste a actividades de voluntariado.
- . historia laboral e ingresos: del pasado y del presente (cantidad de horas y causas del trabajo actual).
- . vivienda: características, servicios, materiales. Transporte.
- . antropometría: amputaciones, medidas, cirugías y fuerza.
- . flexibilidad y movilidad.